
HAÍTÍ

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República de Haití ocupa el tercio occidental de la isla de La Española, que comparte con la República Dominicana. El país se divide en 9 departamentos, 133 comunas y 561 secciones comunales. Sus carreteras están en mal estado y se usa mucho el transporte marítimo entre las ciudades costeras.

Los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento básico son todavía muy deficientes. Ninguna ciudad tiene un sistema público de alcantarillado y hay solamente plantas aisladas de tratamiento de aguas servidas en todo el país. El manejo de los residuos sólidos es un grave problema; las prácticas deficientes de evacuación de excretas han contaminado casi todas las 18 fuentes de abastecimiento de Puerto Príncipe. Los sistemas de drenaje son inadecuados y cualquier tempestad fuerte produce graves inundaciones. El creciente número de vehículos automotores y su mantenimiento inadecuado han creado un grave problema de contaminación del aire en Puerto Príncipe.

Cada año, aproximadamente 20.000 toneladas de tierra cultivable son llevadas hacia el mar debido a deforestación y erosión. Este fenómeno se agrava por la producción de carbón vegetal en el campo y una intensa presión de la agricultura en las cuevas más empinadas.

Las principales tendencias en la economía haitiana en el último decenio indican una continua baja del producto interno bruto real y un aumento neto del desempleo. Las sanciones económicas impuestas en 1991 deterioraron aún más la economía. En 1994, el producto interno bruto (PIB) se redujo al nivel registrado antes de 1980. Esto ocurrió paralelamente con una tasa de crecimiento demográfico de 2,1% y una exorbitante baja del ingreso per cápita de 1990 a 1995. La tasa de crecimiento de 4,2% del PIB notificada para 1994–1995 no permitió neutralizar la reducción de 25% de

ese indicador durante el embargo (1991–1994), por lo que Haití mantuvo su posición como el país más pobre del Hemisferio Occidental. Según las cifras del Banco Mundial, el PIB per cápita fue de US\$ 220 en 1994, equivalente a US\$ 896 ajustados según la paridad del poder adquisitivo (PPA), uno de los más bajos del mundo.

La tasa de inflación alcanzó un promedio de 25,4% entre 1991 y 1994 y aumentó a 27% en 1995. La tasa de desempleo se estima en 70%.

Las reformas en marcha reflejan el compromiso adquirido por el Gobierno de establecer una economía de mercado abierto que exige ajustes estructurales de carácter económico, como la privatización de los servicios y empresas administrados por el Estado, la descentralización, la racionalización del gasto público y el empleo en el sector público, además de una política tributaria eficaz.

En las proyecciones hechas por el Instituto Haitiano de Estadística y Tecnología de Información, junto con el Centro Latinoamericano de Demografía, se estimó la población de Haití en 7.180.296 habitantes en 1995. Las personas menores de 15 años de edad representaban 40% de la población total y los niños menores de 5 años, 15%. Las personas en edad de trabajar, de 15 a 64 años, constituían 56% de la población. Aproximadamente 25% de la población estaba constituida por mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años). La población de 65 años y más representaba solamente 4% del total.

Las proyecciones para 1995–2000 colocan la tasa bruta de natalidad en 34,1 por 1.000 y la tasa bruta de mortalidad en 10,72 por 1.000. La tasa de fecundidad se estimó en 4,8 niños por mujer. A partir de estas estimaciones y de una tasa anticipada de crecimiento demográfico de 2% anual, se estimó que la población llegará a 8 millones en el año 2000. Haití tiene una de las mayores densidades de población de todos los países latinoamericanos, con 260 habitantes por km² en 1995 y 885 habitantes por km² de tierra cultivada.

El porcentaje de la población urbana en 1994 fue de 33%, el más bajo del Hemisferio. Sin embargo, en los últimos años ha

aumentado, con una rápida proliferación de barrios marginales en las ciudades haitianas (Cap-Haïtien, Gonaïves, Les Cayes). Más de un tercio de la población (34,7%) vive en Puerto Príncipe, la capital. El éxodo rural ha sobrecargado la situación de vivienda, particularmente en Puerto Príncipe. La construcción desordenada de viviendas llevó a erigir muchas casas en zonas de drenaje, lechos fluviales y zonas protegidas de aprovechamiento de recursos hídricos.

Ocurrieron importantes desplazamientos migratorios entre 1991 y 1994. Hubo emigración interna al campo después del golpe de septiembre de 1991, a raíz del cual huyeron unas 200.000 personas de Puerto Príncipe para refugiarse en las zonas rurales. Desde 1995, ha habido un aumento de la emigración interna de regreso a Puerto Príncipe, acompañado de una baja de la inmigración ilegal. Se estima que hay más de 2.000.000 de haitianos residentes en el exterior, sobre todo en el Canadá, los Estados Unidos, Francia y la República Dominicana.

Varios factores jurídicos, administrativos y culturales afectan a la calidad e integridad del registro de nacimientos y defunciones en Haití.

No hay un método sistemático para acopiar, tramitar y divulgar información sobre mortalidad. Casi la mitad de las defunciones ocurren en los cinco primeros años de vida. Según una encuesta sobre morbilidad, mortalidad y uso de servicios realizada por el Instituto de Salud Infantil en 1994-1995 (EMMUS-II), 74 de cada 1.000 nacidos vivos mueren antes de cumplir 1 año de edad y aproximadamente 131 no llegan a los 5 años. En 1987, una encuesta anterior (EMMUS-I) indicó que la mortalidad infantil era de 101 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Ha habido una continua mejora del coeficiente neto de matrícula en la escuela primaria en el último decenio. La matrícula aumentó de 37,2% a 44,1% entre 1988 y 1991 y la estimación para 1995 es de 51,4%, con valores similares para los hombres (51,8%) y las mujeres (48,2%), pero esto ha ido acompañado de una reducción del tamaño promedio de los planteles escolares, un creciente número de escuelas de mala calidad y hacinamiento. La asistencia a la escuela de los niños de familias de bajos ingresos está limitada por el costo de la matrícula escolar y restringida por el trabajo infantil.

Los dos idiomas oficiales son el francés y el creole, pero este último es el idioma que emplean a diario todos los segmentos de la sociedad.

La percepción individual de la enfermedad que existe en Haití se basa en una herencia cultural sumamente compleja. Hay varias clases de curanderos tradicionales, incluso curanderos espirituales. Varias prácticas de alimentación inadecuadas tienen graves efectos perjudiciales para la salud (por ejemplo, la administración de purgantes a los recién nacidos durante los primeros días después del nacimiento y la alimentación de esos niños con papilla o alimentos

sólidos). Cuarenta y dos por ciento de los recién nacidos son alimentados con biberón en el primer mes; se estima que menos de 1% de los niños se alimentan totalmente con leche materna a los 6 meses de edad.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

Las principales causas de mortalidad infantil en Haití son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la malnutrición. Las principales causas de hospitalización de los niños de 0 a 14 años en 1995 fueron la prematuridad (23%), la neumonía (16%), la malnutrición (8%), la meningitis (8%), la fiebre tifoidea (6%) y la gastroenteritis (5%).

En 1991, el Centro de Investigación sobre Recursos Humanos realizó una encuesta en tres ciudades de tres departamentos distintos. La encuesta dio una idea general de la situación de los niños (varones y niñas menores de 18 años) en circunstancias particularmente difíciles, incluidos varios grupos: niños empleados en el servicio doméstico, niños abandonados, huérfanos, delincuentes juveniles encarcelados, trabajadores sexuales (varones y niñas), niños maltratados y niños callejeros.

La expresión "niños callejeros" se refiere a los niños cuyo único hogar es la calle y que solamente encuentran comida y albergue en la calle. En 1991, el número de niños callejeros en Haití osciló entre 1.500 y 2.000 en Puerto Príncipe, más de 100 en Cap-Haïtien y un poco menos de 100 en Les Cayes. Casi todos son varones pero el número de niñas parece aumentar y representa 18% de los niños entrevistados en Puerto Príncipe. La edad media de esos niños es de unos 11 años; 55% de ellos tienen de 12 a 18 años de edad y 14%, 5 y menos. Sus problemas de salud comprenden dolor de cabeza, fatiga, insomnio y ansiedad. Son particularmente vulnerables a tuberculosis, anemia, enfermedades de la piel y enfermedades de transmisión sexual. Muchos de esos niños son toxicómanos (53% de la muestra tomada en el centro de la ciudad).

Otro grupo estudiado está formado por niños o niñas empleados por una familia para ayudar en los quehaceres domésticos a cambio de comida, alojamiento, educación y atención de salud; se les llama "restavek". En 1991, esta categoría incluyó a cerca de 130.000 niños. Entre 60% y 80% de ellos son del sexo femenino y 82% viven en las zonas urbanas. Estos niños provienen de familias de bajos ingresos (56%-86%, según la zona). Casi todos ellos se colocan en hogares con ingresos mensuales de menos de G 1.250 (US\$ 80); no se les cuida debidamente y tienen menos probabilidad que

otros de recibir atención médica. Entre los principales problemas de salud de este grupo está el abuso sexual. Cuatro de cinco niños declararon que se les había golpeado.

La salud del adolescente (de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad)

Un estudio realizado en 1992 en Cité Soleil (el principal barrio pobre de la capital) por el Equipo de Investigación, Cultura, Salud y Sexualidad reveló que muchos residentes jóvenes eran sexualmente activos a los 13 años de edad. El uso de anticonceptivos es sumamente raro en este grupo de edad. Según los datos de la EMMUS-II, solo 4,4% de los sexualmente activos en el momento de la encuesta habían usado algún método anticonceptivo moderno y 8% de todos los nacimientos correspondieron a madres adolescentes de 15 a 19 años de edad. En una encuesta previa se observó que 4,6% de los embarazos de adolescentes terminaron en parto prematuro (en comparación con 2% en otros grupos de edad). El riesgo de desarrollar eclampsia es dos veces mayor en el grupo de adolescentes menores de 20 años.

Quince por ciento de las defunciones relacionadas con el parto ocurrieron en adolescentes. Casi 4% de las adolescentes tuvieron aborto provocado, con mayores tasas en las ciudades (6,3%–7%) que en las zonas rurales (2,5%). Entre 1991 y 1992, el Instituto de Salud del Niño realizó un estudio de seroprevalencia de púerperas infectadas por el VIH-1, que reveló que 7,4% (1 de 13 adolescentes sexualmente activas) eran HIV positivas en las zonas metropolitanas, en comparación con 4,1% (1 de 28) en las zonas rurales o semirurales. Otras enfermedades también figuran en lugar destacado en la salud del adolescente. La fiebre tifoidea representó cerca de 64% de las internaciones de niños de 9 a 14 años en el pabellón pediátrico del Hospital Universitario del Estado, y la meningococia, 28%.

La salud de la mujer

Las mujeres representaron aproximadamente la mitad de la población total (51%). Los datos de EMMUS-II subrayaron el grado de subrepresentación de los hombres en las zonas urbanas, donde las mujeres constituyen 55% de la población. En el campo de la educación, las niñas y los varones tienen la misma oportunidad de asistir a la escuela primaria, pero las mujeres del grupo de 16 a 24 años de edad parecieron estar en desventaja en comparación con sus homólogos del sexo masculino. En el nivel de la escuela primaria, el número total de años de escolaridad de las niñas es de 0,5 a 2,1 años menor que el de los varones. Las mujeres también ingresan al mercado de trabajo a temprana edad; alrededor de 10% de las niñas de 5 a 9 años de edad y 33% de las de 10 a 14 pueden

considerarse económicamente activas. Las mujeres representaron de 70% a 75% de la fuerza laboral en las fábricas de ensamblaje del país. A pesar de la legislación existente, las trabajadoras tuvieron poca protección contra los accidentes y enfermedades de trabajo y no gozaron de beneficios de salud ocupacional. Los beneficios de maternidad se limitaron a una ínfima parte de la población en cuestión.

Debido a la inseguridad alimentaria y a los cortos intervalos entre nacimientos, la malnutrición crónica, incluso la anemia, estaba muy propagada entre las mujeres en edad de procrear. Los principales indicadores comprenden elevada prevalencia de insuficiencia ponderal al nacer (estimada en 15%), anemia de la mujer (de 35% a 50%) e índice de masa corporal inferior a 18,5 kg/m² (estimado en 18%) y una alta tasa de mortalidad materna (estimada en 456 por 100.000 nacidos vivos).

En 1995, el Centro de Investigación y Acción para la Promoción de la Mujer realizó un estudio nacional sobre la violencia contra la mujer. En una muestra aleatoria de 14 comunas de un total de 132, se seleccionó al azar a 1.705 familias y participaron 550 hombres y 1.354 mujeres. Se notificó un total de 1.935 casos de violencia: la violencia se clasificó como física (33%); sexual (37%), categoría en la cual el estupro representó 13% del total; política (2%); social (2%); psicológica (2%), y sin especificar (25%). Casi todas las víctimas de la violencia eran mujeres jóvenes (81% de todos los casos de violencia documentados correspondieron a mujeres de 10 a 34 años de edad).

Aunque las mujeres desempeñaban una función de importancia crítica en el cuidado de la salud de su familia y de sus hijos y representaban la mayoría del personal de atención de salud (25% de los médicos, 85% de los enfermeros y 92% del personal auxiliar), no había programas de atención preventiva destinados específicamente a la mujer, como exámenes regulares para la detección temprana del cáncer del cuello uterino y de mama.

Según un estudio realizado por el Hospital Albert Schweitzer, el cáncer afecta más a las mujeres que a los hombres (55% de los casos son de mujeres). El cáncer del cuello uterino es la forma más común de cáncer en la mujer. De conformidad con esa fuente, solo 6% de todos los carcinomas ectocervicales de células escamosas fueron carcinomas in situ, casos atribuibles a la falta de detección precoz. Con frecuencia cada vez mayor, las mujeres son víctimas de la infección por el VIH; 53% de las parejas femeninas de los hombres infectados son portadoras del VIH.

En el período 1990–1995, la esperanza de vida se estimó en 58,3 años para las mujeres y en 54,9 años para los hombres. La tasa global de fecundidad de las mujeres de 15 a 49 años es de 4,8 niños. Casi todas las mujeres indicaron que deseaban tener solo tres hijos.

Cerca de 71% de las mujeres entrevistadas durante EMMUS-II declararon que habían sido atendidas por un profesional de salud o una partera tradicional durante el parto. Ochenta por ciento de las entrevistadas habían tenido su último hijo en casa. Por lo general, 50% de las mujeres que vivían en Puerto Príncipe daban a luz en un hospital, en comparación con solo 31% de los nacimientos ocurridos en otras zonas urbanas y 9% de los ocurridos en las zonas rurales. Las principales causas de defunción materna son el parto obstruido (8,3%), la toxemia (16,7%) y la hemorragia (8,3%). La elevada tasa de mortalidad materna se debe sobre todo a atención prenatal inadecuada.

Según la EMMUS-II, se estima que 68% de las mujeres embarazadas se sometieron al menos a un examen prenatal por un profesional de atención de salud y 66% recibieron al menos una dosis de toxoide tetánico. Hay grandes disparidades entre los datos correspondientes a las madres que tienen por lo menos educación primaria (94% recibieron atención prenatal y 74% fueron vacunadas contra el tétanos) y las mujeres sin educación formal (53% recibieron atención prenatal y 58% fueron vacunadas contra el tétanos). También hay grandes disparidades entre las zonas urbanas y las rurales.

Entre las mujeres embarazadas, 34% tuvieron cuatro exámenes prenatales o más; 26%, de dos a tres, y 8%, solo uno. Treinta y dos por ciento dieron a luz sin ninguna clase de atención prenatal.

Los métodos más populares de control de la natalidad fueron las píldoras anticonceptivas, la esterilización femenina, las inyecciones y los condones (3% en cada caso). De las mujeres sexualmente activas, 13% emplearon un método anticonceptivo "moderno" y 4%, métodos tradicionales. De los hombres sexualmente activos, 17% emplearon un método moderno (6% condones) y 16%, métodos tradicionales. Existen grandes contrastes entre las zonas urbanas y rurales (razón de 2:1). También hay variaciones evidentes en las mujeres con educación primaria o secundaria en comparación con quienes carecen de educación formal (razón de 3:1). De las mujeres sexualmente activas, 43% declararon que deseaban usar métodos de control de la natalidad en el futuro. De los hombres entrevistados, 40% mostraron la misma inclinación. Se dispone de pocos datos sobre el aborto.

La salud de los discapacitados

La población discapacitada de Haití se estimó en 800.000 habitantes, en su mayoría adultos. Hay 85.000 ciegos. En 1995, en los dispensarios de atención ocular se trató a 25.000 pacientes, 600 de los cuales se sometieron a cirugía. Las principales causas de ceguera de los adultos examinados son cata-

ratas (34%), infecciones (13%) y glaucoma (9%), mientras que la ceguera en los niños se debe sobre todo a infecciones (45%), cataratas (8%) y glaucoma (5%). En 1995 se notificó una cifra sin precedentes de 50 casos de ceguera como complicación del sarampión. En ese mismo año, la Escuela Saint Vincent, un establecimiento de atención especializada para niños discapacitados, trató a 2.058 pacientes afectados por discapacidad motora y neurológica. Según los datos de dicha Escuela, los casos de discapacidad más frecuentes son pie zambo; problemas ortopédicos, algunos de los cuales se deben a poliomielitis; deformidades; hidrocefalia; secuelas de meningitis; secuelas de anoxia neonatal; deformidades congénitas, y hemiplejía cerebral infantil.

La salud de los presos

La población de las prisiones está expuesta a varios factores de riesgo relacionados con el hacinamiento. El total de presos aumentó de 1.500 en junio de 1995 a más de 2.817 en diciembre de 1996. En la Penitenciaría Nacional, de 200 a 300 reclusos comparten un solo cuarto de 400 m²; en otra instalación, 13 reclusos pueden compartir un espacio de 5 m². Hay algunas mujeres y pocos niños en el centro de detención, aunque hay una prisión especial de mujeres y menores de edad (Fort-National) en Puerto Príncipe. El mal estado de las instalaciones, la escasez de agua limpia y las condiciones de saneamiento extremadamente deficientes agravan los generalizados y graves problemas de salud que afectan a la población encarcelada.

En noviembre de 1995 ocurrió una epidemia de beriberi en la Penitenciaría Nacional, que afectó a 84 de 1.000 reclusos. Diez de ellos murieron, lo que representó una tasa de letalidad de 12%. Esos reclusos se alimentaron por completo con comida preparada en la cárcel. Posteriormente, hubo dos brotes menos graves en marzo y junio de 1996. Se han tomado varias medidas para resolver este problema.

La Administración Nacional de Prisiones, establecida en 1995 y adscrita al Ministerio de Justicia, maneja 18 instalaciones carcelarias. En octubre de 1994, el PNUD inició un proyecto para apoyar la reforma del sistema carcelario, con asistencia de la AID (EUA) y del Gobierno de Francia. El UNICEF ayudó a mejorar las condiciones de los delincuentes juveniles en los centros de detención, sobre todo por medio de la promoción de esta causa; la OPS y otros organismos trabajan en el componente de salud y nutrición del proyecto. Se mejoraron los puestos de salud existentes y se establecieron otros en la mayoría de los centros de detención entre 1995 y 1996 (por ejemplo, un dispensario de 20 camas en la Penitenciaría Nacional para una población destinataria de más de 1.000 reclusos). Se nombró a 20 auxiliares de salud.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria se considera un problema de salud pública en Haití, especialmente en las zonas rurales. En algunas regiones, presenta un patrón de transmisión constante durante el año; en otras, la transmisión es estacional y coincide con la temporada de lluvia. *Plasmodium falciparum* es prevalente en todo el país. Los últimos casos autóctonos confirmados de infección por *Plasmodium vivax* ocurrieron en 1983. Casi todos los casos de transmisión de malaria ocurren en las zonas costeras a alturas inferiores a 300 metros, en particular en las zonas productoras de arroz densamente pobladas en el sur y en Artibonite. La enfermedad sigue confinada a ciertos focos y algunas zonas muestran un índice de positividad de 5% a 10%. Las estimaciones hechas en 1988, como parte de la formulación de una estrategia de control de la malaria, ascendieron a 250.000 casos anuales de malaria, con una tasa de letalidad de 1%. Los índices de láminas positivas en el período 1991–1994 son excepcionalmente altos y varían de 31,2% a 42%.

La cloroquina es todavía el medicamento preferido para el tratamiento de la malaria. No ha habido casos documentados de resistencia a sus 4-aminoquinolinas. En las pruebas de sensibilidad a la cloroquina realizadas en 1995 no se encontraron cepas de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina. Dado el uso generalizado de cloroquina, se seguirá asignando alta prioridad a las operaciones de vigilancia de la sensibilidad del parásito a este medicamento. Su principal vector, *Anopheles albimanus*, es resistente a los compuestos organoclorados (DDT).

Se considera que el dengue es una enfermedad endémica. El vector de la enfermedad, *Aedes aegypti*, se encuentra en todo el país y se han notificado tasas de infestación extremadamente altas con el transcurso de los años, particularmente en las zonas urbanas. Los datos recolectados hace 10 años por el Departamento de Salud Pública colocan la tasa de seroprevalencia en 3%. En 1994 se notificó un brote de dengue en Puerto Príncipe en soldados estadounidenses integrantes de la fuerza multinacional. Se encontró el serotipo 1 en aislados de muestras tomadas de pacientes con enfermedades febriles. Los serotipos 1, 2 y 4 se encuentran comúnmente en Haití, pero el serotipo 3 no se ha identificado nunca. La omnipresencia del vector representa una constante amenaza de brotes de dengue hemorrágico.

La filariasis linfática, encontrada en focos urbanos dispersos, sobre todo en el norte y en el Golfo de La Gonâve, es todavía una grave amenaza para la salud pública en Haití. *Wuchereria bancrofti*, transmitido por *Culex quinquefasciatus*, se está transformando en un microorganismo mesohiperendémico en las zonas costeras. Sus efectos son más visibles en los

niños y los hombres, que generalmente sufren elefantiasis del escroto. Los estudios realizados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos indican que más de 20% de la población de la mayoría de las ciudades costeras, incluso Léogâne, Petit-Goâve, Arcahaie y Limbé, es portadora de microfilarias. Muchos hombres mayores de 15 años de la región de Léogâne sufren de hidrocele; 5% de la población local tiene elefantiasis del pie.

Enfermedades inmunoprevenibles. En agosto de 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis declaró a Haití exento de poliomielitis y desde entonces ningún caso de parálisis flácida se ha confirmado como poliomielitis. No obstante, las tasas de vacunación se mantienen muy bajas (30% en 1995).

Entre 1989 y 1994, la tasa promedio de sarampión fue de 24 por 100.000 personas. En julio de 1991 se produjo un brote epidémico de sarampión en todo el país. Desde que se realizó la campaña nacional de vacunación en 1994–1995, no se han confirmado casos de sarampión. La tasa de vacunación regular de los niños menores de 1 año en 1995 se estimó en 75%.

En febrero de 1996 se confirmó un caso de difteria mediante cultivo. El paciente era un niño de 9 meses a quien se había administrado solamente una dosis de la vacuna DPT. No se notificaron casos de tos ferina en 1995. La tasa de vacunación con las tres dosis de DPT fue de 30% en 1995.

En cuanto al tétanos neonatal, se notificaron 78 casos en 1995 en todo el país. Durante los seis primeros meses de 1997, 39 sitios centinela de los nueve departamentos notificaron 31 casos de tétanos neonatal.

Se detectó el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en 5,5% de los donantes examinados en 1990. En 1996, el Instituto de Salud Infantil y los Centros del Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas realizaron estudios serológicos centinela en instalaciones de nueve sitios (uno por departamento) en los que se detectó el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en 2% a 7% de las mujeres embarazadas.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Hasta julio de 1997 no se habían notificado casos de cólera. El sistema de vigilancia epidemiológica establecido para la diarrea aguda permitió identificar a *Vibrio furnissii* por primera vez en el Caribe y a *Vibrio cholerae* distinto del tipo 01 aislado de una muestra de materia fecal tomada a un paciente con síntomas similares a los de cólera.

De 1987 a 1994, en las encuestas nacionales de salud se detectó una marcada baja de la incidencia de diarrea en niños menores de 5 años de edad (de 43% a 27,6% en la quincena anterior a las encuestas); sin embargo, los valores siguen siendo muy altos y han alcanzado 47,7% en el grupo de 6 a 11 meses de edad. Las enfermedades diarreicas son la principal

causa de enfermedad y defunción de los niños menores de 5 años y a menudo están relacionadas con infecciones respiratorias agudas y malnutrición. Según la EMMUS-II, solo 31,6% de los niños con diarrea (un aumento en relación con 16,4% en 1987) recibieron tratamiento de rehidratación oral en la casa. Solo 14% de los niños con diarrea fueron tratados en un establecimiento de atención de salud o por un profesional.

La fiebre tifoidea es endémica en Haití. En 1991 se confirmó una epidemia de grandes proporciones en varias comunidades de bajos ingresos de Puerto Príncipe. En 1992–1993 se notificaron varios focos epidémicos, predominantemente en el sur. El centro de salud de Les Cayes, que atiende a 100.000 residentes locales, notificó que 12,5% de 2.500 pacientes examinados en enero de 1993 sufrían fiebre tifoidea. De julio a diciembre de 1995 la fiebre tifoidea causó 6% de las internaciones en el pabellón pediátrico del Hospital Universitario del Estado. Ocupó el quinto lugar entre las principales causas de hospitalización.

Enfermedades crónicas transmisibles. Entre 1981 y 1990 se notificaron más de 6.000 nuevos casos de tuberculosis anualmente a la OMS; en 1991, fecha de la última notificación, se registraron 10.237 casos, o sea 154,7 por 100.000. La incidencia de tuberculosis en Haití se estima en 180 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad es elevada debido a la pobreza generalizada, la malnutrición, el acceso limitado a atención de salud y la epidemia de infección por el VIH y sida en el país. En un estudio realizado en el período 1992–1993 se descubrió una seroprevalencia de 19% de VIH en un grupo de 240 pacientes tuberculosos. Los datos correspondientes a 1991 muestran que 50% de todos los pacientes con sida padecían de tuberculosis. Estudios de seroprevalencia hechos en niños en 1996 confirmaron la estrecha relación existente entre la tuberculosis y la infección por el VIH. Los niños de 16 meses a 5 años con tuberculosis tienen un riesgo 5,85 veces mayor de ser VIH positivos que otros del mismo grupo de edad exentos de la enfermedad. En 1995, la polifarmacorresistencia complicó aún más los esfuerzos hechos por tratar la tuberculosis.

Entre 1977 y 1996, los dos establecimientos de referencia del país, a saber, el Hospital Providence de Gonaïves (Artibonite) y el Instituto Fame Pereo de Puerto Príncipe, atendieron a 1.998 pacientes de lepra, de los cuales 80,5% eran casos paucibacilares y 19,5%, multibacilares. La división de los pacientes con lepra por grupo de edad revela que 21% eran niños menores de 15 años, de los cuales 12,6% eran casos multibacilares. De los 521 casos de lepra diagnosticados entre 1993 y 1996, se notificaron 22 casos de discapacidad del grado 2 y superiores.

Infecciones respiratorias agudas. Los datos producidos por la EMMUS-II correspondientes a 1994 mostraron que

20% de los niños menores de 5 años habían sufrido infecciones respiratorias agudas en las dos semanas anteriores a la encuesta. En 1994, las infecciones respiratorias agudas causaron 25% de las defunciones de niños menores de 5 años de edad y la neumonía fue la principal causa de defunción de pacientes con infecciones respiratorias agudas. En el período 1994–1995, las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de las consultas hechas por pacientes a 42 establecimientos centinela en Haití.

Rabia y otras zoonosis. Se notificaron de dos a cuatro casos anuales de rabia humana entre 1990 y 1995. El Laboratorio del estado de Connecticut en los Estados Unidos de América confirmó solo uno de los casos en 1993. Se notificaron siete casos en 1996.

En 1993 se notificaron 183 casos clínicos de ántrax humano en el norte de Haití. Esta cifra aumentó en forma acusada en 1994, cuando se notificaron 622 casos nuevos después de la tormenta tropical Gordon. Este creciente número de casos notificados puede haberse debido a mejoras de las operaciones de vigilancia a raíz de la tormenta. De los 768 casos de ántrax humano notificados en 1995, 70,5% provinieron del sudeste del país.

Al parecer, aumentó el número de casos de leptospirosis. En 1995 se identificaron 64 casos de la enfermedad y en los cuatro primeros meses de 1996, 32 casos. La razón hombre/mujer es de 2:1 y 35% de los casos afectaron a los hombres de 20 a 39 años. La enfermedad fue mortal en 33% de los casos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Entre 1982 y 1992 se notificó un total acumulativo de 4.967 casos de sida (46% de ellos en mujeres). Los informes oficiales y la notificación de casos de sida se suspendieron a partir de 1992. Hasta 1996 se estimaba que el porcentaje de la población sexualmente activa infectada por el VIH era de 3% a 5% en las zonas rurales y de 7% a 10% en las urbanas. Las proyecciones preliminares, basadas en diferentes modelos matemáticos, llevan a la conclusión de que en el año 2000 el número de personas VIH positivas llegará a más de 380.760 y que el número anual de defunciones podría alcanzar 27.000, incluidos 6.000 niños. La transmisión del VIH es predominantemente heterosexual (razón hombre/mujer de 1,2:1).

Las enfermedades de transmisión sexual no están incluidas en la lista de enfermedades notificables, pero se ha propuesto que se incluyan la sífilis, la gonorrea y el sida en el Código de Higiene Pública enmendado. En 1995, una encuesta nacional realizada por el Instituto de Salud Infantil puso de manifiesto que 8% de todos los varones entrevistados habían sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta; entre ellos, 4% habían tenido flujo uretral y 2% úlcera genital. Un estudio de prevalencia en 1.000 mujeres embarazadas hecho en Cité Soleil mostró que

45% de ellas tenían por lo menos una enfermedad de transmisión sexual. En la misma población de estudio, 11% tuvieron resultados positivos en la prueba rápida de reagina plasmática, lo que indica una elevada prevalencia de sífilis congénita.

Las causas principales de úlceras genitales en Haití son, en orden de importancia decreciente, sífilis, chancro blando, herpes genital invasor (sobre todo cuando está relacionado con la infección por el VIH), donovianiasis y linfogranuloma venéreo. Se realizaron estudios de prevalencia de sífilis en determinados grupos de la población haitiana. En los grupos expuestos a poco riesgo, la seropositividad a la prueba VDRL varió de 3% a 6% en 1990 y de 6% a 8% en 1991 en la población urbana de Puerto Príncipe. En el período 1992–1993, la seropositividad a las pruebas VDRL y FTA-Abs osciló entre 4% y 12% en estudios de seroprevalencia hechos en mujeres embarazadas en cinco lugares centinela. Una encuesta serológica centinela realizada en nueve sitios en 1994–1995 indicó que una mujer embarazada con sífilis tenía un riesgo de 1,4 a 5,2 veces mayor de estar infectada por el VIH que otra en el mismo estado sin sífilis.

Según las investigaciones realizadas por los Centros del Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Kaposi e Infecciones Oportunistas (GHESKIO), 48% de los casos de flujo uretral registrados en Haití son causados por gonorrea y solo un pequeño porcentaje es ocasionado por tricomoniasis (6%) o infecciones por *Chlamydia* (5%). En los casos restantes, no se pudo identificar al agente etiológico, sobre todo porque 70% de los pacientes ya se habían autoadministrado algún tratamiento. De 1989 a 1992, un estudio de los Centros GHESKIO realizado en una clínica de referencia de enfermedades de transmisión sexual mostró que 90% de todas las cepas gonocócicas identificadas eran de *Neisseria gonorrhoeae* productora de penicilinas.

Un estudio de las enfermedades de transmisión sexual causantes de flujo vaginal hecho en mujeres embarazadas de Cité Soleil colocó a la tricomoniasis en primer lugar (35%), seguida de las infecciones por *Chlamydia* (10%) y la gonorrea (4%). De todos los casos de leucorrea, 5% guardan relación con la enfermedad inflamatoria de la pelvis.

Enfermedades emergentes y reemergentes. A fines de abril de 1994 se notificó una epidemia de meningococemia en Ouanaminthe en el departamento del Nordeste. A fines de noviembre se habían notificado aproximadamente 100 casos y 9 defunciones. Se identificó *Neisseria meningitidis* del grupo C. En 1995, en la zona de Puerto Príncipe, más de 75% de los casos correspondieron a niños de 5 a 14 años de edad. El resto del país también notificó casos y el mayor número se registró en las zonas rurales de Artibonite. En todo el año 1995 se notificaron 158 casos de los cuales murieron 55, lo que arrojó una tasa de letalidad de 35%.

Hubo informes de casos esporádicos de frambesia y en septiembre de 1993 se realizó una encuesta serológica clínica en el departamento de Grande-Anse. En un total de 553 sujetos examinados (incluso 231 menores de 15 años) se identificaron 11 casos de frambesia. Esos casos se sometieron a confirmación serológica con la prueba de FTA-Abs.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1994–1995, la EMMUS-II reveló un importante aumento de la prevalencia de emaciación desde 1990, que afectó sobre todo a los niños menores de 3 años de edad. Más de un tercio de quienes sobrevivieron hasta el primer año de vida mostraron signos de retraso grave del crecimiento.

A los 5 años, 41% de todos los niños habían sufrido retraso grave del crecimiento. Las elevadas tasas de desnutrición y enfermedades infecciosas indican que muchos niños de edad preescolar sufren los efectos de la deficiencia de vitamina A, de la anemia nutricional o de ambas. El mango es una importante fuente alimentaria de vitamina A y, después de períodos de abundancia, se ha observado una variación estacional en el consumo alimentario y la deficiencia de vitamina A.

Una encuesta realizada en 1991 en la Meseta Central mostró una tasa de prevalencia de 10% de todas las clases de bocio (grados 1 y 2) y 2,5% de las formas visibles. Asimismo, la concentración de yodo urinario en la población general fue de 10,3 µg/dl. Los problemas de deficiencia de yodo se limitan típicamente a las zonas montañosas aisladas del interior del país.

Se registraron tres tipos de diabetes en Haití: el tipo 1 o diabetes insulino dependiente (10% del total); el tipo 2 o diabetes no insulino dependiente, y el tipo 3 o diabetes relacionada con la malnutrición (diabetes “tropical”). La prevalencia varía de 2% a 8% en diferentes partes del país. La mitad de todas las amputaciones realizadas en el Hospital Universitario del Estado en 1987 correspondieron a pacientes diabéticos.

Enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades representaron 40% de las internaciones de pacientes en el Hospital Universitario del Estado en 1996, sobre todo el accidente cerebrovascular y la cardiopatía isquémica. Dos encuestas indican una prevalencia de hipertensión arterial de 13% a 15% en la población adulta de 18 y más años.

Tumores malignos. Tres problemas dificultaron administrar tratamiento contra el cáncer. La falta de conocimientos, el acceso limitado a biopsias o procedimientos quirúrgicos fuera de Puerto Príncipe y el número extremadamente reducido de opciones terapéuticas. El tratamiento contra el cáncer en Haití

se limita a resección o extirpación quirúrgica. La quimioterapia es costosa y no está disponible. El Instituto Nacional del Cáncer, una fundación sin fines de lucro establecida en 1988, está subvencionado por el Ministerio de Salud Pública. Dicho Instituto administró el único servicio de radioterapia de Haití, que ha estado paralizado por causa de la antigüedad del equipo. El principal recurso de radioterapia del Instituto es una unidad Janus de cobalto 60, que está prácticamente en desuso. Las estadísticas del Instituto Nacional de Cáncer mostraron que el tipo tratado con más frecuencia fue el cáncer del cuello uterino, que representó 60% del total en el período 1988–1990 y 40% en el período 1991–1994. El cáncer de mama ocupó el segundo lugar con 15% y 30%, respectivamente. El cáncer nasofaríngeo ocupó el tercer lugar con 10% a 15% de los casos. El total de casos de cáncer tratados por la Institución alcanzó un promedio anual de 250 entre 1988 y 1994.

Varios establecimientos de atención de salud intervienen parcialmente en la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de pacientes que sufren cáncer o displasia del cuello uterino. Son manejados por los sectores público, privado sin fines de lucro y privado con fines de lucro.

Accidentes y violencia. La violencia es un grave problema de salud pública en Haití. La violencia política se redujo drásticamente desde 1994. La violencia criminal, que causa traumas o muertes por el uso de armas de fuego y armas blancas, deja un saldo de muchas víctimas. El problema generalizado de la violencia doméstica fue el punto de enfoque de una encuesta nacional sobre la violencia contra la mujer realizada en 1995.

Los datos notificados por el Hospital Universitario del Estado mostraron que en diciembre de 1995 la incidencia de accidentes de tránsito fue mayor que durante el resto del año. El número total de muertos y heridos fue de 2.393 anuales; hubo más hombres afectados que mujeres (1,7:1). Los accidentes frecuentes en el hogar ocasionaron graves quemaduras sobre todo a los niños. Además, Haití es regularmente escenario de incendios y accidentes de navegación, como la tragedia del Neptuno ocurrida en febrero de 1993, que causó alrededor de 1.500 muertos.

Trastornos del comportamiento. En los últimos años ha aumentado la notificación de trastornos mentales debido a la crisis sociopolítica, el desempleo, la violencia, los disturbios sociales y el uso de drogas (marihuana, cocaína y “crack”). En el principal centro psiquiátrico, 25% de los pacientes sufrían desorientación aguda y 20%, esquizofrenia paranoide. Las afecciones más prevalentes en los niños y adolescentes fueron la hiperactividad y los trastornos del aprendizaje. Hubo muchos casos de toxicomanía en pacientes de 16 a 25 años de edad, quienes a veces acuden a los centros por problemas psi-

quiátricos menos importantes que el abuso de drogas. Un hospital privado, con 300 camas, notificó que más de 60% de las internaciones se atribuían a psicosis maniaco-depresiva y el 40% restante, a esquizofrenia crónica.

Salud oral. Había 32 dentistas por 10.000 habitantes. Mediante encuestas se estimó en cerca de uno el número de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) en los niños de 12 años. La elevada prevalencia del VIH en la población sexualmente activa de las zonas rurales (de 7% a 10%) y las prácticas peligrosas de los dentistas tradicionales que tratan a la mayor parte de la población son factores que repercuten en la salud oral del país.

Desastres naturales. La tormenta tropical Gordon azotó a Haití en noviembre de 1994 y dejó un saldo de 1.122 muertos. Destruyó 3.550 casas, ocasionó graves daños a varios sistemas de acueducto, causó la pérdida de miles de cabezas de ganado e hizo estragos en la superficie sembrada de cultivos alimentarios. La tormenta afectó a los servicios de salud que se vieron en la necesidad de atender una mayor demanda y de redistribuir recursos limitados. Las inundaciones generalizadas, tanto en las zonas rurales (el sur en noviembre de 1995 y el sur y el noroeste en febrero de 1996) como en las urbanas (zonas del litoral de Puerto Príncipe), causaron extensos daños. La sequía afecta regularmente a la región noroeste del país.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Planes y políticas nacionales de salud

En marzo de 1996, el Ministerio de Salud Pública introdujo una política sanitaria que reconoce el derecho fundamental a la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso a la atención de salud para todos. Esta política se basa en la equidad, la justicia social y la solidaridad. La reforma del sector salud se concibió como parte del esfuerzo de descentralización del Estado para asegurar la igualdad de acceso a un conjunto mínimo de servicios. No obstante, la escasez de recursos disponibles y las limitaciones impuestas por el plan estructural económico convierten a la aplicación de la política de salud en un gran desafío para el Gobierno.

Estrategias y programas para la reforma del sector salud

El Ministerio de Salud Pública definió las siguientes prioridades:

- El fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en los niveles central y departamental, incluido el desarrollo de

los recursos humanos y la capacidad gerencial; el uso de nuevas modalidades de financiamiento de la salud, la realización de reformas hospitalarias, la actualización de la legislación sanitaria, el examen de la política sobre medicamentos esenciales, el desarrollo del sistema de información de salud, la búsqueda de coordinación intersectorial y la puesta en marcha de unidades de salud comunitaria basadas en la descentralización y la participación comunitaria.

- El desarrollo de la atención primaria de salud con objeto de prestar un conjunto mínimo de servicios de salud a la población que incluyan la atención integral del niño focalizada en las infecciones respiratorias agudas; la atención integral de salud de la mujer, con acento en el embarazo y la reducción de la mortalidad materna; la vacunación; el acceso a medicamentos esenciales; la prevención y el control de enfermedades transmisibles; el combate de las enfermedades emergentes y reemergentes, como la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el sida; el control de las infecciones meningocócicas y las enfermedades transmitidas por vectores; la erradicación del sarampión, el tétanos neonatal y la lepra, y la mejora de la atención de urgencias medicoquirúrgicas y la atención dental.

- El fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud para alentar a la población a asumir responsabilidad por su salud y adoptar un modo de vida saludable. Los programas incluyeron diseminación de información sobre salud, educación sanitaria y movilización social, particularmente en la prevención de enfermedades transmisibles, violencia y accidentes, salud escolar y afecciones asociadas a malos hábitos alimentarios.

- El mejoramiento de la salud ambiental, incluidos el acceso a agua potable, la higiene de los alimentos, la evacuación de excretas y el control de la contaminación atmosférica, así como la prevención y mitigación de desastres.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El sistema de salud de Haití está formado por el sector público, el sector semipúblico y el sector privado.

El sector público se vio gravemente afectado por la crisis política nacional, que llevó a canalizar toda la ayuda externa por medio de organizaciones no gubernamentales. El Ministerio de Salud Pública está estructurado en niveles centrales, departamentales y comunitarios. Por medio de sus direcciones y unidades centrales, desempeña una función normativa. Las actividades de planificación, vigilancia y supervisión están bajo la responsabilidad de los jefes de nueve departamentos sanitarios. Un tercio de las 663 instituciones de salud del país pertenecen al sector público.

El sector semipúblico o mixto comprende las instituciones sin fines de lucro mantenidas sobre todo por organizaciones no gubernamentales. El personal es remunerado en su totalidad o en parte por el sector público, pero administrado por el sector privado.

En 1994 había 49 hospitales y otros 61 establecimientos de internación, con un número aproximado de 90 camas por 100.000 habitantes; por mucho tiempo ha sido imposible obtener información sobre las tasas de ocupación en el nivel central. Del total de establecimientos de atención de salud del país, 32% son manejados por organizaciones no gubernamentales (Cuadro 1). El sector privado con fines de lucro está formado por médicos, dentistas y otros especialistas en ejercicio particular, que en su mayoría trabajan en Puerto Príncipe y en establecimientos asistenciales privados.

El alto costo de los servicios en esos establecimientos los pone fuera del alcance de la mayor parte de la población. Los establecimientos públicos y privados son totalmente independientes unos de otros, con muy poco trabajo en redes. Las diferencias de acceso a atención de salud adecuada se intensifican por la desigualdad de la distribución geográfica de los centros y las camas de hospital.

Los beneficios del sistema de seguridad social se destinan solo a las personas formalmente empleadas. En 1995, el Organismo de Seguro de Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad, órgano autónomo que funciona bajo la protección del Ministerio de Asuntos Sociales, ofreció cobertura de seguro a 2.500 empresas públicas y privadas. En 1996 cubrió a 60.000 trabajadores, un aumento en relación con los 40.000 amparados en 1994. Algunas empresas privadas ofrecieron cobertura limitada.

El gasto público per cápita en salud estimado para 1995 en G 15,7 (US\$ 2,0) representó una reducción en relación con el de 1990, que fue de G 24,8 (US\$ 3,4). El gasto total en salud fue de US\$ 9 per cápita, lo que representó 3,5% del PIB en 1995. Según estas estimaciones, en 1996 se sufragó cerca de 16% del gasto total con fondos del presupuesto del Gobierno; 28% con fondos de los organismos donantes externos, canalizados en su mayoría por medio del Ministerio de Salud Pública y organizaciones no gubernamentales; 20% con fondos de organizaciones no gubernamentales, y 36% con fondos de fuentes privadas.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La legislación de salud promulgada inicialmente en 1981 sigue vigente, pero se elabora un nuevo marco jurídico-administrativo.

El Ministerio de Salud Pública estableció criterios para el funcionamiento de instituciones de formación de personal médico y paramédico. Dos facultades particulares de enfer-

CUADRO 1
Establecimientos de atención de salud, por categorías y sectores, junio de 1994.

Departamento	Categoría					Total	Sector			
	Hospitales	Servicios de inter-nación	Servicios ambulatorios	Dispensarios	Asilos		Público	Privado	Mixto	Sin especificar
Artibonite	4	11	16	52	1	84	37	26	20	1
Centralga	2	1	10	31	0	44	20	15	7	2
Norde-Anse	2	9	5	41	3	60	28	6	26	
Norte	1	10	10	30	1	52	19	10	23	
Nordeste	1	4	1	16	0	22	10	3	9	
Noroeste	1	7	4	46	1	59	18	16	25	
Oeste	33	9	82	109	2	235	54	127	54	
Sur	4	8	7	51	1	71	25	4	42	
Sudeste	1	2	4	29	0	36	23	9	3	1
Total	49	61	139	405	9	663	234	216	209	4

Fuente: OPS/OMS, lista de instalaciones por región geográfica.

mería y 10 centros de capacitación de ayudantes de enfermería obtuvieron licencia para su funcionamiento. El servicio de farmacia del Ministerio expide un certificado a los estudiantes de farmacia después de terminar un programa de capacitación de cuatro años, con un año de internado.

El servicio de farmacia regula todos los asuntos relacionados con los productos farmacéuticos, lo que entraña sobre todo la inspección de las farmacias privadas. Haití no tiene sistemas de registro de medicamentos, de control de importaciones de productos farmacéuticos ni de inspección de compañías farmacéuticas. Los medicamentos que exigen receta pueden conseguirse normalmente con facilidad en puestos de venta ambulante.

Entre noviembre de 1995 y junio de 1996, un brote de insuficiencia renal aguda afectó a 100 niños, que murieron en su mayoría. Una investigación multiinstitucional reveló que esa afección se debió al consumo de un jarabe de acetaminofén de producción local, contaminado con dietilenglicol importado. Para corregir la situación, el Ministerio de Salud Pública se esforzó por mejorar la vigilancia del control de la calidad por medio de la inspección regular de los fabricantes, importadores, proveedores y farmacias. Puesto que no había laboratorio nacional de control de la calidad, hubo que mandar todas las muestras al exterior para análisis.

En noviembre de 1995, el Ministerio del Medio Ambiente elaboró el Plan de Acción Nacional del Medio Ambiente, con objeto de enfrentar las diversas amenazas ambientales que se ciernen sobre el agua dulce, el agua de mar, el aire y el suelo.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud y comunicación social en salud. Se lanzaron varias campañas de información pública en gran escala con la participación de diversos sectores, algunas de las cuales se destacan más adelante. En una campaña de mercadeo social de condones, administrada por Population Services International con fondos de AIDSCAP desde septiembre de 1992, se vendieron 14 millones de condones. La iniciativa del Hospital Amigo del Niño, lanzada conjuntamente por el UNICEF y la OPS en 1994 para promover la lactancia materna, llevó a la certificación de dos hospitales como amigos del niño en 1996. Con la campaña nacional de erradicación del sarampión, cumplida en 1994–1995, se logró una cobertura de vacunación de 98%. La campaña nacional de promoción de la lactancia materna lanzada en agosto de 1995 llegó a la mayoría de la población. La observancia del “Día de la Tuberculosis”, el “Día Internacional de la Mujer”, “Agua Limpia, Medio Ambiente y Salud”, el “Día Mundial sin Tabaco”, el “Día de la Salud Mental” y el “Día del Sida” recibieron cobertura en los medios de comunicación.

Salud escolar. Con asistencia financiera y técnica externa, los Ministerios de Salud Pública y de Educación trabajan juntos para formular políticas de salud escolar apropiadas para Haití, incluso sobre detección temprana de problemas auditivos y visuales; promoción de la salud oral y detección de la

caries dental; vigilancia nutricional; detección de la carencia de hierro y las enfermedades causadas por parásitos intestinales; detección precoz de la mala postura; educación y promoción de la salud, incluso educación sexual y prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Salud de los trabajadores. Haití no tiene un programa nacional de salud de los trabajadores, pero las personas amparadas por el Organismo de Seguro de Accidentes de Trabajo, Enfermedad y Maternidad recibieron exámenes anuales de detección de tuberculosis y sífilis. Este Organismo tiene un hospital de 30 camas en Puerto Príncipe, que atendió a un promedio de 30 pacientes ambulatorios al día.

El Centro de Promoción de la Mujer Trabajadora es una organización no gubernamental que ofrece un programa de atención preventiva a las trabajadoras en general y a las de las fábricas de ensamblaje en particular. El programa comprende foros educativos, prevención del sida y funcionamiento de un dispensario de atención prenatal. Otra organización no gubernamental, el Grupo de Control del Sida, realiza un programa educativo directamente en las fábricas.

Programas de prevención y control de enfermedades. Haití sigue una estrategia de manejo integrado de la salud infantil que incorpora las intervenciones de atención de salud, realiza exámenes rápidos y eficientes para el pronto envío a establecimientos mejor equipados y aprovecha todas las oportunidades en que los niños visitan los establecimientos asistenciales para promover medidas de atención preventiva contra las enfermedades de la infancia.

En 1992, las organizaciones no gubernamentales de todo el país asignaron fondos para la planificación y ejecución de programas de vacunación en que participaron los funcionarios regulares de los establecimientos de salud pública.

Entre noviembre de 1994 y junio de 1995 se realizó una campaña de vacunación contra el sarampión en la que se vacunó a 2.800.000 niños, cifra que representa 98% de la población destinataria de 9 meses a 14 años de edad. Se creó una red nacional de cuatro a cinco unidades de almacenamiento y distribución de vacunas y suministros para inmunización en cada departamento. Este proceso terminará con el establecimiento de un activo sistema de distribución con mensajeros motorizados.

En 1996, 200 dispensarios prestaron servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis. La tasa de curación varió mucho de un departamento a otro (entre 40% y 78%). Es muy probable que la mejora de las tasas de curación sea el resultado de la administración cada vez más generalizada del tratamiento breve. Las actividades de capacitación realizadas entre 1993 y 1995 se centraron en 828 trabajadores de salud. En 1995, el surgimiento de varios casos de tuberculosis farmacorresistente obligó a usar

costosos medicamentos de segunda línea. Eso elevó mucho el costo del tratamiento del paciente farmacorresistente, de US\$ 45 a US\$ 3.000.

En lo que respecta a la malaria, el país sigue una estrategia de atención primaria de salud centrada en evitar las defunciones y reducir las tasas de morbilidad, haciendo hincapié en la detección precoz y el tratamiento oportuno. El componente de control de vectores incluye disposiciones sobre la participación de la comunidad. El Ministerio de Salud Pública emprendió la tarea de capacitar a todo el personal de salud en prevención y control de la malaria. Al terminar esa actividad en 1997 se había capacitado a un total de 3.500 trabajadores de salud.

Desde 1991 las actividades de control del sida han recibido apoyo técnico y financiero de la OPS, la AID (EUA), la OMS/PMS y la Cooperación Francesa y el FNUAP. Este apoyo ha reforzado las actividades cumplidas por cerca de 20 organizaciones no gubernamentales en los campos de serovigilancia centinela de la infección por el VIH, campañas de información, educación y comunicación sobre el sida (IEC), producción de materiales de IEC, capacitación de trabajadores de salud y dirigentes comunitarios para atender a los pacientes de sida y enfermedades de transmisión sexual, atención clínica y psicológica de los pacientes que sufren enfermedades de transmisión sexual y sida en un centro de referencia de Puerto Príncipe y en tres hospitales de las zonas urbanas y rurales, ayuda financiera y asistencia nutricional a pacientes de sida y a sus familias en Puerto Príncipe, distribución de condones, y suministro de medicamentos y materiales para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual.

El Ministerio de Salud Pública, la OPS, los Centros GHESKIO y las organizaciones no gubernamentales AIDSCAP han creado algoritmos simplificados para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. El ONUSIDA comenzó a funcionar oficialmente en Haití el 1 de enero de 1996. El programa nacional de control del sida y otras enfermedades de transmisión sexual fue lanzado por el Ministerio el Día Mundial del Sida el 1 de diciembre de 1996.

La Unidad de Protección de la Salud, del Ministerio de Agricultura, se encarga de administrar la estrategia de control de zoonosis. El Servicio de Sanidad Animal de esta Unidad tiene 5 veterinarios y 90 trabajadores distribuidos por todo el país. Los funcionarios de salud participan activamente en el control de los perros callejeros y trabajan con personal del Ministerio de Agricultura para realizar campañas de vacunación.

Las actividades de control del ántrax se basan en una estrategia de contención de brotes. Además, en cooperación con una organización no gubernamental, en 1995 se inició una campaña nacional de vacunación de 500.000 cabezas

de ganado. Ya en febrero de 1996 se había logrado vacunar a más de 218.000 animales contra el ántrax en los nueve departamentos.

En lo que respecta a las actividades de control de la rabia, el Ministerio de Agricultura realizó en 1995 una campaña nacional de vacunación de perros y gatos, con asistencia del Ejército de los Estados Unidos, el Ministerio de Salud Pública y la OPS; se estima que en el país hay aproximadamente 100.000 perros. Se administraron más de 54.072 dosis de vacuna entre julio y agosto de 1995, sobre todo en la zona metropolitana.

Las actividades de control de la carencia de micronutrientes entrañan intervenciones para la suplementación a corto plazo, e incluyen la distribución universal de altas dosis de vitamina A de 100.000 UI con fines profilácticos a niños de 6 a 12 meses de edad y de 200.000 UI a niños de 12 a 72 meses de edad en los sitios de vacunación, la distribución universal de suplementos de vitamina A (200.000 UI) a las madres en el mes siguiente al parto por trabajadores de salud comunitarios o parteras tradicionales, la administración de suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres con diagnóstico de anemia y la distribución de cápsulas de yodo a una población objetivo en regiones específicas. La OPS, junto con el UNICEF, trabaja en la aplicación de estrategias a largo plazo para fortalecer la capacidad local de yodar la sal y producir mangos ricos en vitamina A secados al sol y promover su consumo.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos siguen siendo un desafío para la salud pública, debido en parte al poco personal que trabaja en el proceso de inspección y a factores culturales profundamente arraigados. La Dirección de Salud Ambiental y Epidemiología del Ministerio se encarga de las actividades de control relacionadas con la inocuidad de los alimentos. El laboratorio adscrito a la Facultad de Agronomía trabaja en el análisis de productos de exportación.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. Hasta 1991, solo cuatro enfermedades, a saber, la poliomielitis, el tétanos neonatal, el sida y el cólera tenían sistemas activos específicos de vigilancia. Entre fines de 1992 y 1995, varias organizaciones no gubernamentales apoyaron el establecimiento de un sistema simplificado de vigilancia epidemiológica basado en la vigilancia de indicadores operativos sencillos de las principales enfermedades, recolectados por medio de una red de establecimientos centinela privados y semipúblicos. Este sistema básico se complementó más tarde con un sistema fortalecido de vigilancia epidemiológica de enfermedades específicas.

En septiembre de 1996, el Ministerio de Salud Pública creó un comité para diseñar y apoyar la ejecución de un nuevo sistema nacional de información de salud. Los 16 miembros del comité comprenden representantes de los Ministerios de Salud Pública, de Hacienda y Planificación y de Cooperación

CUADRO 2
Tendencias del grado de cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento básico, Haití, 1990-1995.

Servicio y localización	1990	1993	1995
Abastecimiento de agua en la capital	53%	34%	35%
Abastecimiento de agua en las ciudades más pequeñas (72)	58%	40%	45%
Abastecimiento de agua en las zonas rurales	33%	23%	39%
Saneamiento básico en las zonas urbanas	43%	41%	42%
Saneamiento básico en las zonas rurales	16%	14%	16%

Externa, una organización no gubernamental y tres organismos de cooperación técnica.

Servicios de agua potable y alcantarillado. La crisis política y el ulterior embargo comercial han perjudicado mucho al sector de abastecimiento de agua y saneamiento. Se interrumpieron los proyectos de inversión en marcha en este sector, que alcanzaban un total de US\$ 163 millones. Sin mantenimiento, la infraestructura de abastecimiento de agua se deterioró rápidamente y los niveles de cobertura de los servicios en la capital se redujeron casi 30% entre diciembre de 1990 y diciembre de 1994 (Cuadro 2). La crisis también desbandó al Comité Nacional de Coordinación de Agua y Saneamiento y a los organismos nacionales de abastecimiento de agua. En octubre de 1994 se reanudaron casi todos los proyectos suspendidos en noviembre de 1991, y desde entonces han aumentado las inversiones en el sector de abastecimiento de agua y saneamiento.

Servicios de manejo de residuos sólidos municipales. Casi 30% del volumen diario de residuos sólidos producidos en Puerto Príncipe es recogido por el Ministerio de Obras Públicas y el municipio; un organismo autónomo gubernamental a cargo del manejo de los residuos sólidos cerró en 1993. El servicio era más seguro en las ciudades pequeñas, donde la recolección estaba garantizada por servicios locales administrados por los Ministerios de Obras Públicas y de Salud. La evacuación de los desechos de los hospitales también es deficiente.

Programas de ayuda alimentaria. La ayuda alimentaria es muy importante en Haití, donde un creciente número de familias enfrenta problemas de seguridad alimentaria cada vez más graves. Los principales donantes fueron la AID (EUA), la Unión Europea y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Muchas organizaciones no gubernamentales y organismos bilaterales también participaron en la distribución de alimentos de socorro.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. La atención ambulatoria se presta por medio de establecimientos creados expresamente con ese fin, dispensarios y servicios de consulta externa en la mayoría de los hospitales; los servicios varían mucho de una estructura a otra.

En 1993 se lanzó un proyecto piloto de atención de urgencia con ayuda de la OPS y de médicos adscritos al Servicio Francés de Ambulancia de Urgencia (SAMU). El proyecto sentará las bases para una red nacional de servicios de urgencia que prestaría servicios que van desde examen y primeros auxilios (nivel 1) hasta tratamiento especializado (nivel 4). Los cuatro centros de salud de la zona metropolitana están dotados de unidades de urgencia. Además, la Cruz Roja Haitiana y varios hospitales nuevos han establecido su propio servicio de ambulancia y de comunicación telefónica y radiofónica de urgencia. Se organizaron actividades de capacitación en atención médica de urgencia para el personal de salud de todo el país: recibieron adiestramiento 314 médicos, enfermeros y auxiliares de salud, y 72 paramédicos que trabajan en los sectores público y privado. Se espera que la experiencia sirva de base para formular un plan nacional de atención de urgencia. El Ministerio de Salud Pública incluye medicina y cirugía de urgencia en el conjunto mínimo de servicios de salud.

Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre. Los únicos laboratorios de análisis médicos están localizados en algunos hospitales privados y semipúblicos en las principales ciudades y, por lo general, realizan solo análisis básicos. Un total de 122 instituciones públicas y privadas sin fines de lucro tienen servicios de diagnóstico de la malaria y 200 centros de diagnóstico son parte de la red de control de la tuberculosis, con capacidad de realizar exámenes de esputo. No hay servicios organizados de control de la calidad.

Desde 1986, cuando el servicio de transfusión de sangre administrado por la Cruz Roja Haitiana se encargó de realizar esa labor en los hospitales de las principales ciudades del país, se ha sometido la sangre a examen de detección de la infección por el VIH. En el centro de transfusión de Puerto Príncipe, la sangre donada se somete a examen sistemático para detectar hepatitis B (antígeno de superficie) y sífilis (examen serológico de sífilis adquirida). La falta de recursos ha dificultado la realización de exámenes de detección de hepatitis C.

Puesto que se considera que la infección por el VIH y la sífilis son hiperendémicas y la malaria y la hepatitis B son meoendémicas en Haití, las transfusiones de sangre se mantuvieron al mínimo estrictamente necesario. Desde comienzos de 1996, la Cruz Roja Haitiana formuló una política nacional de transfusión de sangre.

Servicios especializados. Son escasos los servicios de rehabilitación de las personas con discapacidad, en su mayoría atendidas por familiares en la casa. Algunos establecimientos prestan servicios en los campos de prevención (2), educación especial (3), atención especializada (8), formación profesional (4) e integración social (4). La mayoría de las personas discapacitadas no reciben servicios especializados de reeducación ni de rehabilitación social.

Las principales instituciones para los discapacitados comprenden la Escuela Saint Vincent para niños pequeños y jóvenes hasta de 18 años que sufren discapacidad motora o sensorial. La escuela tiene un taller para la fabricación de dispositivos ortopédicos y prótesis de las extremidades. El Centro de Educación Especial, la única institución para retardados mentales (500 nuevos casos al año), administra una escuela para 80. Un centro y taller de artes y oficios ofrece capacitación a 40 niñas y 40 niños de 6 a 18 años de edad; el Instituto Montfort, con sucursales en Cap-Haïtien, Port-de-Paix y Saint-Marc, presta servicios a 450 niños sordomudos, 300 de los cuales son residentes de Puerto Príncipe, y la Sociedad Haitiana para los Ciegos y el Comité Nacional de Rehabilitación de las Personas Discapacitadas prestan servicios de extensión y trabajan para informar mejor al público de los problemas que enfrentan estas personas.

Según la nueva política de atención de salud, la salud dental es parte del conjunto de servicios de salud. El estado actual de la atención de salud oral y dental en Haití se caracteriza por escasez de recursos humanos y equipo. Algunas organizaciones no gubernamentales tratan de dar soluciones comunitarias, de costo módico, a los problemas de salud oral y dental.

La mayor parte de la población cree que los trastornos psiquiátricos son causados por influencias sobrenaturales, lo que lleva por lo menos a la mitad de los pacientes a buscar los servicios de un "houngan", hombre que practica el vudú. Haití tiene muy pocos establecimientos de atención psiquiátrica: un hospital psiquiátrico público de 300 camas, un establecimiento psiquiátrico público especializado de 60 camas y tres dispensarios privados, entre ellos un establecimiento de 300 camas. Desde 1988 la situación ha mejorado debido a la disponibilidad de un creciente número de especialistas y a la introducción de nuevas formas de tratamiento.

No había programas nacionales de tratamiento de la diabetes y la hipertensión. Una organización no gubernamental de Puerto Príncipe prestó servicios de prevención, atención médica, dispensación de medicamentos a un precio razonable y rehabilitación. Varios factores impidieron la detección precoz de la diabetes: la escasez de instrumentos y equipo de diagnóstico, prácticamente inexistentes en las zonas rurales; la falta de instalaciones de atención de salud; la poca conciencia de la población en general respecto de esta enfermedad, y la falta de una política de detección precoz.

Insumos para la salud

Infraestructura física. La infraestructura de atención de salud y el equipo médico se ven gravemente perjudicados por falta de mantenimiento y de reparación oportuna. El deterioro del estado de las instalaciones y del equipo de los establecimientos públicos de atención de salud se agravó con la crisis que atravesó la nación durante tres años. Entre octubre de 1994 y marzo de 1996 se gastó un total de US\$ 1.310.525 en proyectos de rehabilitación en 46 establecimientos de atención de salud y 5 hospitales, incluso en el Hospital Universitario del Estado. Se invirtió un total de US\$ 8.278.610 en la rehabilitación parcial de 88 establecimientos de atención de salud y 5 hospitales, incluido el Hospital Universitario.

Acceso a la atención de salud. Hay un total de 663 establecimientos de atención de salud en todo el país. Según la EMMUS-II, casi todas las mujeres de las zonas urbanas viven cerca de establecimientos de atención de salud (de 79% a 98% en Puerto Príncipe y de 62% a 87% en otras ciudades). La situación en las zonas rurales es bastante distinta. En 1991, cerca de 40% de la población carecía de acceso a los servicios de atención primaria de salud. Las disparidades también son evidentes en la distribución de profesionales de atención de salud en el país. Cerca de 73% de los médicos, 67% de los enfermeros, 35% de los establecimientos de atención de salud y 52% de las camas de hospital están concentrados en el departamento del Oeste y prestan servicios a un tercio de la población total. El Cuadro 3 muestra la distribución de la población, el personal de atención de salud y el número de camas por 100.000 habitantes por departamento, lo que

revela las disparidades de acceso a la atención de salud en Haití.

Debido a sus precarias condiciones sociales y económicas, la población rural rara vez consulta a un profesional de salud. Se ha progresado algo en la labor de facilitar medicamentos esenciales a un precio asequible en la mayoría de los establecimientos públicos y privados y las organizaciones sin fines de lucro. Los mecanismos de recuperación de costos financian un fondo social para prestar atención a los pacientes indigentes.

Puesto que la población depende mucho de la medicina tradicional, se ha hecho un esfuerzo por disminuir la distancia existente entre la medicina tradicional y la moderna. Por ejemplo, en 1995, el Ministerio de Salud Pública y Población publicó un documento de política de salud en que se declara la intención de fomentar las relaciones con los practicantes tradicionales y de integrar la medicina tradicional al sistema nacional de atención de salud junto con este personal.

Medicamentos esenciales, inmunobiológicos y reactivos. Había 4 compañías farmacéuticas, 50 importadores y proveedores y 200 farmacias privadas autorizadas en la zona de Puerto Príncipe.

En 1992, con ayuda de asociados nacionales e internacionales, la OPS creó un programa de medicamentos esenciales (PROMESS) para distribuir estos productos y equipo médico en Haití como parte de la asistencia humanitaria; el Ministerio de Salud Pública ha dirigido la junta de PROMESS desde 1996 y ha autorizado la venta de cerca de 400 medicamentos esenciales. Los productos farmacéuticos de PROMESS fueron financiados con fondos de recuperación de costos internos y con subsidios de donantes internacionales.

Con objeto de promover el uso de medicamentos esenciales, el Ministerio ofreció capacitación en el manejo de esos productos al personal asignado al terreno. Los depósitos periféricos del Estado, abastecidos por PROMESS, facilitaron la distribución de medicamentos y suministros médicos a las instituciones de salud en las zonas rurales. Algunas organizaciones no gubernamentales divulgan manuales sobre el uso de hierbas medicinales en creole.

El UNICEF importó vacunas del PAI y las proporcionó gratis; las vacunas se almacenaron en un depósito de la OPS, desde donde se distribuyeron. Se prepararon localmente solo algunos reactivos, tales como las sustancias de tinción para el control de la tuberculosis.

Tecnología en salud. La tecnología en salud es sumamente limitada en Haití. Los servicios de radiología y radioterapia se concentran en Puerto Príncipe y en algunos hospitales provinciales y casi todo el equipo es anticuado. Es raro encontrar técnicos bien formados y los servicios de dosimetría y las medidas de protección en las salas de rayos X y sus

CUADRO 3
Distribución de la población y del personal de atención de salud, y número de camas por 100.000 habitantes, por departamento.

Departamento (% de la población)	Médicos	Enfermeros	Auxiliares	Camas por 100.000 habitantes
Oeste (34%)	561 (73%)	527 (67%)	674 (37%)	56
Sudeste (7%)	21 (3%)	42 (5%)	42 (2%)	42
Norte (11%)	31 (4%)	52 (7%)	178 (10%)	66
Nordeste (4%)	15 (2%)	11 (1%)	67 (4%)	102
Artibonite (14%)	69 (9%)	33 (4%)	218 (12%)	45
Central (7%)	14 (2%)	9 (1%)	105 (6%)	62
Sur (9%)	30 (4%)	61 (8%)	264 (14%)	135
Grande-Anse (9%)	13 (2%)	22 (3%)	160 (9%)	89
Noroeste (6%)	19 (2%)	29 (4%)	136 (7%)	38

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Población y OPS/OMS. Análisis de situación de salud. Haití, junio de 1996.

alrededores son poco fiables. En general, hay equipo moderno de imagenología de diagnóstico solo en el sector privado. Un establecimiento privado de Puerto Príncipe recibió su primer explorador para tomografía computarizada en 1995. Los servicios de diálisis renal en Haití se limitan a dos unidades en un hospital privado.

Comunicaciones. En 1993, la OPS, junto con organizaciones no gubernamentales del sector salud, estableció una red de radiocomunicaciones conocida como “red radiofónica de salud”. Ha demostrado ser invaluable tanto para las actividades ordinarias de regulación (logística, administración) como para casos de urgencia. La red radiofónica tiene 15 afiliadas. Cinco estaciones de enlace por VHF cubren cerca de 70% del territorio nacional.

Recursos humanos

Disponibilidad por tipo de recurso. El Ministerio de Salud Pública es uno de los mayores empleadores del país y su plantilla tiene aproximadamente 8.900 funcionarios (19% de la administración pública). De ellos, 38% son funcionarios médicos y paramédicos y el 62% restante está constituido por personal administrativo y de apoyo. Se observaron grandes diferencias en la distribución del personal del Ministerio de Salud Pública en el país. En los hospitales de los departamentos había escasez de administradores y funcionarios capacitados, tales como ginecobstetras, anestesiólogos, pediatras, cirujanos, ortopedistas, obstetras y enfermeros.

Hay aproximadamente 11.000 parteras tradicionales que atienden cerca de 80% de los partos. A pesar del intento hecho en junio de 1995 por enviar los médicos de Puerto Príncipe a las zonas rurales, quedó sin atender gran parte de las necesidades en el ámbito departamental.

Varias asociaciones profesionales regulan los distintos tipos de personal médico y paramédico y establecen las normas pertinentes. La Asociación Médica Haitiana, fundada en 1948 y reorganizada en 1973, redactó un código de ética médica y formuló propuestas para la política de salud de 1990. También trató de hacer participar más en la salud pública a los profesionales en ejercicio privado. Varias asociaciones especializadas estaban afiliadas a la Asociación Médica Haitiana.

Hay muy pocos datos sobre los farmacéuticos que ejercen en Haití. La Facultad de Farmacia forma a un promedio de 25 profesionales al año, pero como el campo farmacéutico no ofrece cargos atractivos, muchos se trasladan al exterior o ingresan al sector privado como representantes médicos o químicos en la industria farmacéutica.

Educación del personal de salud. En 1997 había siete instituciones públicas, incluso una facultad de medicina y

farmacia; una facultad de odontología; cuatro facultades de enfermería localizadas, respectivamente, en Puerto Príncipe, Les Cayes, Cap-Haïtien y Jérémie, y un instituto de tecnología médica. Se cerraron los cuatro centros nacionales de capacitación de auxiliares de salud. Funciona en Puerto Príncipe un instituto no gubernamental sin fines de lucro de capacitación en salud comunitaria y epidemiología. Se diplomaron alrededor de 80 médicos y 150 enfermeros al año.

Antes de 1993, algunas empresas privadas con fines de lucro abrieron muchos establecimientos de formación médica y paramédica. Hay dos escuelas de medicina, 10 escuelas de enfermería, más de 40 centros de capacitación de auxiliares de enfermería y varios institutos de tecnología médica. Los títulos conferidos por estos establecimientos no siempre son reconocidos por el Ministerio de Salud Pública. En cooperación con este se reanudó un proyecto de formación de parteras tradicionales, de cuatro años de duración (1996–1999), financiado por el PNUD.

Gasto y financiamiento sectorial

A pesar de haberse reducido en los últimos tres años, el presupuesto del Hospital Universitario del Estado en Puerto Príncipe absorbió una gran cantidad del gasto público (17%); se gastó otro 28% en otros hospitales públicos. El gasto público en medicamentos representó 2% y 3% del total gastado en 1994–1995 y 1995–1996, respectivamente, pero la mayoría de las instituciones privadas y públicas emplearon mecanismos de recuperación de costos. El gasto público en equipo representó de 4% a 5% del presupuesto; además, se gastaron G 7,4 millones (US\$ 510.345) en equipo en 1994–1995 por medio de ayuda externa concedida con ese fin (Cuadro 4).

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública fue de G 157 millones en 1990 y de G 417 millones en 1996, pero debido a la inflación eso representa una baja de 27%. En valores constantes de 1990, las cantidades corresponden a G 157 millones y G 115 millones, respectivamente.

El gasto público en salud varió entre 7,1% y 10,7% del presupuesto nacional entre 1990 y 1996, lo que representa aproximadamente 1% del PIB. El gasto público per cápita en salud se redujo de G 25 en 1990 a G 16 en 1996, en valores constantes de 1990. Sin embargo, la cifra correspondiente a 1996 indicó una tendencia ascendente después de cuatro años de reducción durante la crisis política. Hasta mediados de los años noventa, alrededor de 90% del gasto público se había destinado a pagos de salarios y sueldos, lo que agotó el capital de trabajo destinado a los establecimientos de atención de salud, cuyos servicios se deterioraron continuamente. Se esperaba que la proporción destinada a salarios y sueldos en los presupuestos de 1995 y 1996 se limitaría a 70%, pero no fue así y en 1996 se mantuvo en 80%.

CUADRO 4
Gasto público en salud, ejercicios 1989–1990 y 1995–1996.

	Ejercicios	
	1989–1990	1995–1996
Gasto del Ministerio de Salud Pública (millones de gourdes, precios corrientes)	157	418
Gasto del Ministerio de Salud Pública (millones de gourdes, precios constantes de 1990)	157	115,2
Gasto público en salud/gasto público total	8,8%	10,7%
Gasto público en salud/PIB	1,1%	1,0%
Gasto público per cápita en gourdes (precios constantes de 1990)	24,8	15,7

Fuente: Andre F. Buttari J. Examen des Depenses Publiques d'Haití, Note No. 8, *Santé*, mars 1997.

Los recursos del sector salud no fueron los únicos que contribuyeron al esfuerzo nacional para mejorar el bienestar de la población haitiana. Hubo grandes aportes de otros sectores y ministerios del gabinete en campos como planificación intersectorial, capacitación, participación social, deportes, protección ambiental, recolección de basura, abastecimiento de agua, construcción de viviendas y carreteras, alimentación y agricultura, legislación sobre el salario mínimo, legislación sobre el control de armas de fuego y reglamentación del tránsito. Los siguientes son ejemplos de aportes directos a las operaciones de atención de salud en los últimos años.

El Ministerio de Asuntos Sociales, por conducto de su Instituto de Bienestar Social, abordó algunas cuestiones como las enfermedades de transmisión sexual en trabajadores del sexo, prestó atención prenatal, supervisó el bienestar de los niños callejeros y proporcionó servicios médicos a orfanatos dentro de su esfera de influencia. El Ministerio de Agricultura trabajó activamente en programas de control de zoonosis, abastecimiento de agua en las zonas rurales y alimentos por trabajo. El Ministerio de Educación planeó programas de salud escolar y se ha encargado de las facultades de medicina, farmacia y odontología desde 1995. El Ministerio de Asuntos y Derechos de la Mujer publicó un documento de política sobre la salud de la mujer en 1995, evaluó las condiciones de las mujeres encarceladas y estableció un registro médico uniforme para uso en los servicios de salud de las cárceles. Se redactó un memorando de entendimiento para la mejora de las condiciones imperantes en las cárceles, presentado para su aprobación a cuatro ministerios del gabinete (Asuntos Sociales, Salud, Justicia y Educación). El Ministerio también publicó una guía para la evaluación de albergues para mujeres y participó en una actividad de educación sobre salud reproductiva y sida destinada a grupos de mujeres de organizacio-

nes populares. El Ministerio del Medio Ambiente lanzó una campaña de información pública sobre la importancia de proteger la naturaleza y señaló estrategias de control de la deforestación. El Ministerio de Obras Públicas cumplió una función destacada en los programas de abastecimiento de agua y saneamiento y en una actividad destinada a mejorar las carreteras de la nación. La Empresa Metropolitana de Acueducto, el Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua y el Servicio Metropolitano de Recolección de Desechos Sólidos están adscritos al Ministerio de Obras Públicas.

A veces, en los sectores público y privado se fijan y cobran tarifas que se utilizan para prestar atención a los clientes sin recursos. Sin embargo, la suma cobrada no alcanza para cubrir el costo total de los servicios.

Cooperación técnica y financiera externa

Una amplia proporción del gasto en salud provino de ayuda externa, particularmente para desembolsos de capital y gastos de operaciones. La ayuda internacional representó más de 50% del gasto público total y alcanzó 78% en 1994–1995. Antes de 1996–1997, los principales donantes eran la AID (EUA), Francia, el Canadá y el Japón; ahora la Unión Europea se ha convertido en el principal donante en el sector.

La mayoría de las organizaciones no gubernamentales son independientes. Las 100 afiliadas de la asociación de instituciones de salud privadas están dispersas por los nueve departamentos de Haití. Esta organización no gubernamental prestó asistencia técnica y sirvió de coordinadora y portavoz de las afiliadas. En general, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado han trabajado independientemente del Ministerio de Salud Pública.