

Cooperación Internacional para el Desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención Primaria de Salud (APS) en Haití

International Cooperation for the Development of a New Model of Primary Health Care (PHC) in Haiti

Dr. Carlos García Domínguez^I , Dr. José Miguel Ceruto Machado^{II}

^I Especialista en Primer Grado en Organización y Administración de La Salud. Graduado Del Programa de Líderes en Salud Internacional Cohorte 2009.

^{II} Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral. Graduado Del Programa de Líderes en Salud Internacional Cohorte 2009.

RESUMEN

Objetivos: Realizar un análisis de las prácticas de la cooperación internacional en el sistema de salud de Haití en la prestación de los servicios y aspectos relacionados con la Atención Primaria de Salud y proponer un nuevo modelo, en el contexto de la crisis financiera global. **Método:** Mediante un estudio cualitativo descriptivo de tipo documental y la realización de 22 entrevistas semi dirigidas se investigaron el sistema de salud de Haití, los principales actores de la cooperación internacional, su proyección hacia la Atención Primaria y de forma paralela se evaluó el desarrollo de una experiencia piloto de su organización en el país. **Resultados:** Los resultados muestran un Sistema de Salud sin liderazgo, desorganizado y fragmentado, inequitativo en la financiación y el acceso, ofertando un pobre servicio, falta de claridad sobre la importancia de este nivel de atención, una política condicionada por el peso del financiamiento internacional en el presupuesto nacional e incapaz de articular políticas; Una cooperación internacional desarticulada, intentando construirse un micro espacio y carente de una visión de cómo operativizarla. **Conclusiones:** La propuesta de Atención Primaria de Salud renovada facilita que "el Estado aproveche eficientemente el entorno internacional en función de un modelo de desarrollo de

Salud" equitativo y durable que permita responder adecuadamente a las necesidades de la población.

Palabras clave: Sistema de Salud, Cooperación Internacional, Nuevo modelo de Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the practices of international cooperation in the health system in Haiti in the provision of services and aspects related to primary health care and to propose a new model within the context of the global financial crisis. **Method:** Using a document qualitative descriptive study and performing 22 semi-led interviews on Haitian health system, the main actors in international cooperation, their outreach to health primary care and in parallel we assessed the development of a pilot experience of their organization in that country. **Results:** The results show a health system without leadership, disorganized and fragmented, inequitable funding and access, offering poor service, lack of clarity about the importance of this level of care, a policy determined by the weight of international financing in the national budget and unable to articulate policies. A disjointed international cooperation, trying to build a micro space and lacks a vision of how to make it operational. **Conclusions:** The proposed renewed Primary Health Care provides that «the State effectively take advantage of the international environment in terms of the development of a health model» equitable and durable that can respond adequately to the needs of the population.

Keywords: Health Care, International Cooperation, New Model of Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

Haití dispone de 27,750 km² de superficie, ocupa el tercio occidental de la Isla La Española que comparte con la República Dominicana. Fue el primer país a independizarse en la región de América latina y el Caribe (ALC) en 1804, logrando al mismo tiempo posicionarse como la primera República en la historia de la humanidad formada por ex-esclavos que cortaron sus cadenas, en este caso, del dominio Europeo. En la actualidad Haití es una república independiente y democrática basada en el principio de la separación de poderes: el poder legislativo, el poder ejecutivo y el poder judicial. El territorio nacional esta subdividido en 10 departamentos geográficos, 133 comunas y 565 secciones comunales. La planificación y la gestión del desarrollo es de la responsabilidad del poder ejecutivo a través del Ministerio de Planificación y de Cooperación Externa quien elabora la política nacional de desarrollo a partir de los directivos del Gobierno, con la participación de las estructuras político-administrativas

locales y departamentales y la contribución de todos los Ministerios sectoriales, de los consejos *interdepartamentales*, de las comisiones parlamentarias y de las asociaciones de la sociedad civil.

La geografía de Haití se caracteriza por la presencia de importantes cordones montañosos y sistemas hidráulicos de importancia que dificultan el desarrollo de un sistema de vial y de comunicaciones eficiente, quedando importantes segmentos de la población en situación de aislamiento y semi aislamiento.¹

Haití se encuentra ubicado en una zona azotada frecuentemente por huracanes, lo que afecta particularmente las poblaciones de las zonas más alejadas del país. En 2008, a solo 4 años después de la destrucción de la ciudad de Gonaïves (3era ciudad en importancia del país) por la tormenta tropical Jeanne, el paso en menos de un mes de los ciclones Fay, Ike, Gustav y Hannah, se constituyó en la peor catástrofe en términos de devastación de la historia reciente de Haití. Partiendo por una nueva inundación de la ciudad de Gonaïves, se sumaron más de 800 pérdidas en vidas humanas, 22.702 casas destruidas, 84.625 seriamente dañadas, así como pérdidas materiales estimadas alrededor de 900 millones de dólares.²

Según el último censo la población haitiana se estima en a 9,761.929, de los cuales el 39,4 % vive en zonas urbanas y el 40,6 % en zonas rurales. Esta situación contrasta con el resto de la región de América latina y el Caribe, donde 77,5 % de la población vive en medio urbano y solo 23,5 % en medio rural. Según el censo del 2003, la población haitiana es joven con más de 50 % bajo los 21 años de edad y 36,5 % menores de 15 años. Las mujeres representan el 51,8 % de la población con 86 hombres por 100 mujeres en las zonas rurales. La tasa de crecimiento de la población es de 2,2 %. El índice sintético de fecundidad para las mujeres en edad reproductiva es de 4 hijos por mujer, contrastando con el 2,4 para el resto de la región de América latina y el

Caribe (ALC). En Haití hay una media anual de 255,600 nacimientos con una esperanza de vida al nacer que alcanza los 53,1 años (52,7 años para los hombres y 56,8 años para las mujeres), es decir, unos 19 años por debajo del promedio de la región de ALC. La migración en sus diferentes formas (temporal/permanente; legal/ilegal) es un hecho de la realidad haitiana. Según el Ministerio de Haitianos Viviendo en el Extranjeros se estiman en 1,5 millones de haitianos los que viven hoy en día fuera del país: 700,000 en EEUU, 550,000 en República Dominicana, 100,000 en Canadá, 70.000 en los Departamentos franceses de ultramar y 40.000 de las Bahamas. De hecho las remesas de la diáspora son del orden de los 800 millones de dólares por año, lo que representaba, según un informe del Banco Mundial de 2006, 30 % del ingreso de los hogares.^{3, 4, 5}

Con un ingreso por habitante de US\$450 comparado a US\$3.576 en promedio para ALC, Haití es el país más pobre del Hemisferio Occidental. El coeficiente de Gini, que da cuenta del nivel de inequidad en la repartición de la riqueza (más cerca de 1 mayor desigualdad, mientras que más cerca de cero menor el nivel de desigualdad), es en Haití de 0,66 (20) contra 0,53 para el promedio de ALC (Región: América latina y el caribe, Banco Mundial). Se estima que alrededor de dos tercios de los 9 millones de habitantes viven por debajo de la línea de pobreza. En efecto, 76% de la población vive con menos de US\$2 por día (17), peor aún, 56 % sobrevive con menos de \$US1 por día (ídem), mientras que en el resto de ALC solo 12,56 % de la población se encuentra en esta situación. La población analfabeta se sitúa en alrededor de 44,4 %, contrastando fuertemente con el 9,9 % del resto de la región de ALC.⁶

Si bien los niveles de escolaridad varían con las diferentes generaciones, según el Banco Mundial, los niveles de analfabetismo alcanzan cerca del 50 % de la población y la tasa bruta de escolarización para el nivel secundario es de 37 %. De los 20 países más pobres del mundo, Haití es el único en el cual más del 50 % de los niños en edad escolar está inscripto en establecimientos educativos no públicos. El 92 % de las instituciones educativas no pertenecen al Estado, la mayoría de ellas no recibe subsidios públicos y el 82 % de todos los estudiantes primarios y secundarios estudia en establecimientos no gratuitos. Una porción significativa de la población carece de acceso a los servicios básicos. Solo 10 % tiene acceso a la electricidad, 46 % al agua potable y 28 % a redes sanitarias adecuadas. En el promedio de ALC 88 % de la población tiene acceso al agua potable y 74 % al saneamiento.^{7, 8}

En cuanto a salud, Haití posee los indicadores sanitarios más débiles de la región de ALC. La razón de Mortalidad Materna pasó de 450 a 630 muertes por 100.000 nacidos vivos entre 1995 y 2005-6, mientras que en ALC es en promedio de solo 91,1 muertes por 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido levemente situándose sin embargo como la más alta de la región de ALC con 57 por 1.000 contra 23,8 por 1.000 para el resto de ALC. El 20 % de los niños padece desnutrición calórica proteica y alrededor del 50 % de la población no tiene acceso a cuidados de salud, no solo por la inaccesibilidad financiera sino también por la debilidad y fragilidad de los servicios ofrecidos. Solo el 30 % de las instituciones de salud son públicas, la mayoría de ellas se encuentran en áreas urbanas, y la atención en las mismas es arancelada no existiendo mecanismos instituidos de excepción para los más pobres. Finalmente, cabe señalar la gravedad de la pandemia de VIH/Sida que sitúa Haití como el país con la mayor tasa de prevalencia de la región de ALC con alrededor de 2,7 %. (4, 7, 9)

Una buena parte de este sombrío panorama se explica por la inestabilidad política y social endémica que caracteriza la historia reciente de Haití. En este ámbito conviene recordar que en 205 años de vida independiente, la forma de gobierno que ha predominado han sido las dictaduras. Es solo en 1986, que se logra romper el ciclo de gobiernos autoritarios con la elección de Jean Bertrand Aristide. Sin embargo, Aristide es derrocado en un golpe de Estado dado por militares al mando del general Cedras en 1991. En 1994, una intervención militar de EEUU seguida por una fuerza multinacional de las Naciones Unidas permite la reinstauración de Aristide en el poder. En 1995, René Préval es elegido presidente de la República por la primera vez. En 2001, Aristide es reelegido presidente en un contexto de fuerte contestación. La situación social y política se degrada en los años subsiguientes y en Febrero 2004 se produce la partida forzada de Aristide gracias a la intervención de fuerzas extranjeras. En Marzo 2004 un nuevo gobierno de transición se instala en el poder apoyado por la Misión de las Naciones Unidas para la Estabilización de Haití (MINUSTAH). En Febrero de 2006 René Préval es reelegido presidente por un segundo mandato. Préval nombra como Primer Ministro a JE Alexis. Sin embargo, en abril 2008 un fuerte movimiento de contestación originado por un encarecimiento repentino del costo de la vida, en particular de los bienes y servicios de base, obliga a la renuncia del gobierno Alexis. Según un informe de Naciones Unidas (UNCT, 2008) en abril 2008 el precio del arroz importado subió más de un 60% con respecto del año anterior, la harina lo hizo en más de 73 % y el combustible en alrededor de 47 %. Según la Comisión Nacional para la Seguridad Alimentaria (CNSA, 2008), 2,5 millones de haitianos necesitaron ayuda para satisfacer sus necesidades alimentarias básicas como efecto de esta fuerte inflación. Entre abril y fin de Julio 2008 se produce un difícil vacío de poder. En agosto 2008, la Sra Duvivier Pierre-Louis asume como la primera mujer Primer Ministro de Haití. Finalmente, en Octubre 2009 el Parlamento destituye a la Sra Duvivier Pierre-Louis como Primer Ministro y en Noviembre 2009 asume el actual Primer Ministro Max Bellerive.

Los esfuerzos gubernamentales para la elaboración de planes de desarrollo se han visto limitados por la falta de consenso y viabilidad política y, en especial, por la ausencia del parlamento. Esto se refleja en la paralización de la gestión de las políticas sociales, y la aprobación de los proyectos de inversión externa, préstamos y donaciones.

Esta situación se ve agravada por el débil desempeño de la economía haitiana. Efectivamente, la situación macro-económica general en Haití se deterioró aún más, al inicio de la década de los 90, debido a las sanciones económicas impuestas por la comunidad internacional. Se verificó una fuerte contracción del PIB y los efectos devastadores del embargo precipitaron el PIB a niveles negativos (-13,2 % en 1992, -2,4 % en 1993), produciéndose un retroceso neto del 25 %. Luego de este periodo hubo una cierta recuperación, aunque insuficiente. La tasa anual de inflación, superior al 15 % durante el periodo del embargo (1991-1994), se redujo a 9,92 % en 1999 pero tiende a empeorar desde enero 2000, manteniéndose alrededor del 11%. El financiamiento en salud no solo es insuficiente si no que es inequitativo, reproduciendo así las desigualdades sociales en las que se inserta. El sector primario contribuye en 31% al PIB, el sector secundario en 22 %, y el sector terciario en 47 %. La cooperación financiera externa representa un 90 % del plan de acción del gobierno que presenta las grandes prioridades a corto y largo plazo. Las principales fuentes de ayuda multilateral son el Banco Mundial, la BID y la Unión Europea. En el grupo bilateral, los donantes principales son los Estados Unidos de América, Canadá, Francia, Japón, España, Cuba y Venezuela. Sin embargo, la ausencia del poder legislativo ha impedido la aprobación de ciertas leyes y contratos fundamentales para el desembolso de estos préstamos. Esta dramática realidad socioeconómica que vive el país requiere de la cooperación internacional para la movilización de recursos destinados a mejorar la situación de salud, incidiendo sobre las enfermedades transmisibles, la adecuada atención a los nacimientos y la promoción de salud.

Un estado con serias dificultades de infraestructura y funcionamiento altamente desorganizado, fragmentado y débil, lo que redundaba en un ambiente de baja gobernabilidad que impiden articular, entre otras, políticas de salud, requiere de una fuerte política social adicional (educación y seguridad social) y de una inversión en investigación e incorporación de tecnologías, así como de una inversión en infraestructura física y de recursos humanos, no tiene oportunidad de desarrollar una inserción exitosa con visión de país a la salud internacional que implicaría promover una estrategia de salud en función del bien común, la equidad y el desarrollo.

El Programa Integral de salud de Cuba en Haití se ha desarrollado de forma exitosa por más de una década, el mismo garantiza los recursos humanos para brindar la asistencia sanitaria pero carece de recursos materiales que pudieran obtenerse a través de la movilización de recursos a favor de la transformación de la situación de salud desfavorable del pueblo haitiano, hoy con la cooperación económica de Venezuela, se están creando 10 Centros de Diagnóstico Integrales, equipados con tecnología moderna y es de vital importancia continuar trabajando en la formación del personal que utilice los recursos y mantenga los servicios organizados y con buen funcionamiento,

Revista cubana de Salud Pública Internacional

capaces de satisfacer las demandas de la población. En aras de desarrollar algunas

acciones que posibiliten darle salida a esta situación proponemos un Proyecto integral de Medicina Social, sobre la base de una APS renovada, que implica el fortalecimiento de capacidades locales para la atención integral de la población y la formación de recursos humanos en salud, dotando al sistema de salud existente de una mejor capacidad de respuesta obstétrica y neonatal desde las secciones comunales hasta las instituciones públicas, articulando la Atención Primaria de Salud con los Centros de Diagnósticos Integrales, donde se brinda un paquete de servicios gratuitos que incluyen obstetricia (SOG), neonatología, endoscopía, ultrasonido, electrocardiograma y fisioterapia con lo cual mejora la atención integral básica, fortaleciéndose así el sistema de salud haitiano, con una mayor eficacia y equidad en los servicios, situándolo en condiciones favorables para desarrollar programas de prevención y lucha contra las enfermedades y la muerte, lo cual es necesario para alcanzar los objetivos sanitarios de reducir la mortalidad materno infantil y disminuir el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Haití necesita concebir su futuro integrada a la región, para lograr una mejor inserción en el mundo internacional. En ese sentido, la propuesta busca que "el Estado aproveche eficientemente el entorno internacional en función de este modelo de desarrollo de la Salud", que goce de una política exterior proactiva y coherente, en función de los objetivos de un desarrollo nacional equitativo y compatible.

Las preguntas de investigación son::

- ¿Qué modelos de APS se tienen aprobados en el país?
- ¿Está concebida la formación de RHS desde estos modelos de APS?
- ¿Existe armonización y direccionalidad de la CI que se desarrolla en el país hacia los diferentes modelos de atención existentes en función de una estrategia de renovación de la APS?
- ¿Cuáles son las vías concretas de desarrollo de la APS más adecuadas para el contexto haitiano?
- ¿Cómo se ve afectada la CI y el desarrollo de la APS en el contexto de la crisis financiera internacional?

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa descriptiva de tipo documental cuyo propósito fundamental es proporcionar elementos que permitan realizar un análisis de la práctica de la Cooperación Internacional en el Sistema de Salud de Haití y de forma paralela, se pretende evaluar el desarrollo de una experiencia piloto de organización de APS para recomendar, junto a los análisis de las informaciones recabadas, un modelo de APS renovada para la organización global del sistema de salud haitiano.

Para el Objetivo # 1. Se realizó un análisis documental de las prioridades en la prestación de los servicios médicos primarios en el país.

Las categorías de análisis que se tuvieron en cuenta:

- Modelos de Atención Primaria de Salud existentes.
- Planificación de las necesidades formativas de Recursos Humanos.

Las fuentes de información movilizadas fueron:

- Documentos publicados por el Ministerio de Salud.
- Documentos publicados por el Ministerio de Educación.
- Documentos publicados y no publicados presentados en reuniones, fórum, simposios, tanto nacionales como internacionales, sobre el tema a los que se pudo acceder tanto por los Colegios Médicos, universidades como el MINSA.

Para el Objetivo # 2: Se analizaron todos los actores de la Cooperación Internacional que existen en el país en el tema de prestación de los servicios médicos primarios, revisión de las experiencias que están desarrollando y la modalidad aplicada

Incluidas las experiencias cubanas actuales en el desarrollo y perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud, los determinantes sociales y la formación de recursos humanos con el desarrollo del nuevo programa de formación de recursos humanos.

Para dar cumplimiento al Objetivo # 3: Se tuvieron en cuenta los resultados de los objetivos 1 y 2 y las experiencias susceptibles de ser aplicadas.

Se realizaron entrevistas semi dirigidas al personal que se considero necesario para completar la información obtenida y enriquecer el modelo propuesto.

Además durante todo el periodo de tiempo de la investigación se estableció un estrecho intercambio con la Comunidad de Práctica a través de la Sala de Situación de Salud Internacional, lo cual contribuyó a enriquecer el desarrollo del tema de investigación.

Los resultados en su mayoría fueron sometidos al análisis de contenido correspondiente y se presentaron en relación al tipo de estudio, por lo que en su mayoría aparecen en forma discursiva según las categorías seleccionadas para el análisis. Se utilizaron también porcentajes, cuadros que resumen el comportamiento de algunas variables seleccionadas para el estudio auxiliándonos del paquete de programas de Microsoft 2007.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Debilidad de la oferta de servicios.

Si bien la Constitución de 1987 inscribe la descentralización como principio propio del Estado, la realidad de la articulación territorial de Haití es de una escasa o prácticamente nula implantación de estructuras descentralizadas, representando dichas colectividades territoriales tan sólo un 3 % del conjunto del gasto público. Más aún, la propia Administración periférica de la Administración central del Estado es muy débil, la capacidad de inversión, investigación y movilización de recursos locales es limitada, por lo que la inversión en salud y gasto social se ve acortada, dejando de facto enormes extensiones territoriales desprovistas del alcance de la acción pública.

El sistema de salud comprende:

- El sector público (MSPP y Ministerio de Asuntos Sociales);
- El sector privado lucrativo (todos los profesionales de la salud en práctica privada);
- El sector mixto no lucrativo (por lo general, organizaciones no gubernamentales (ONG) u organizaciones religiosas;
- El sector privado no lucrativo, que comprende ONG, fundaciones y asociaciones.
- El sistema de salud tradicional.
- Varias oficinas centrales ejecutan los programas de salud (excepto SIDA y tuberculosis, que dependen directamente de la Oficina de la Dirección General).

De una perspectiva organizacional, el Ministerio de la Salud dispone de 21 estructuras centrales, 10 direcciones sanitarias a nivel departamental, bajo las cuales hay 54 Unidades Comunales de Salud (UCS). Las estructuras centrales tienen como misión asegurar la gobernanza general del sistema de salud, incluyendo la producción de normas, la supervisión y las demás funciones de dirección que permiten asegurar la rectoría general del sistema de salud. Las direcciones sanitarias, por su parte, tienen como misión asegurar la coordinación a nivel intermedio para que el sistema de salud permita asegurar la dispensación de servicios de salud para la población.

Por último, las Unidades Comunales de Salud (UCS) tienen como mandato asegurar la dispensación de un Paquete Mínimo de Servicios de Salud (PMS) a la población a nivel de la APS. El PMS, definido oficialmente en 2006, prevé intervenciones de promoción de salud, de prevención así como intervenciones curativas destinadas a 4 poblaciones objetivo: las mujeres embarazadas, las mujeres en edad de procrear, los niños de menos de 5 años y la población general. Las UCS cubren en general 2 a 3 comunas con una población que varía entre 150 a 200 mil personas. Las UCS están coordinadas por una estructura llamada oficina de coordinación de la UCS, que tiene como misión asegurar la integración de servicios a nivel de la APS, incluyendo la referencia y contra referencia.

De un punto de vista organizacional, la APS se estructura teóricamente en 2 niveles: el Primer escalón y el Segundo escalón. El Primer escalón está compuesto por los Servicios de Salud de Primer Escalón (SSPE), es decir, centros de salud con y sin cama alrededor. Los SSPE dispensan las intervenciones del PMS a nivel institucional y comunitario (extramuros) a través de redes de trabajadores comunitarios y matronas comunitarias. El segundo escalón está compuesto por los Hospitales Comunitarios de Referencia (HCR). Los HCR cuentan con los 4 servicios básicos y dispensan las intervenciones de mediana complejidad previstas por el PMS.

Existen alrededor de 740 instituciones de salud a través de todo el país entre hospitales universitarios, departamentales, HCR y SSPE.

Hay tres hospitales universitarios (dos en Port-au-Prince y uno en Cabo Haitiano); diez hospitales departamentales, (uno por departamento sanitario) públicos con, entre 100 y 180 camas cada uno; y una veintena de hospitales comunitarios de referencia (ACNUR) con entre 50 y 100 camas que pueden ser o públicos o privados con objetivos no lucrativos. No hay servicios urgentes debidamente organizados en el país. La falta de recursos humanos, financieros y materiales es el lote del conjunto de las instituciones incapaces de responder a las necesidades de la población, con equipamientos a menudo anticuados y sin un programa de mantenimiento estructurado. En la práctica, un 72 % de la población vive a treinta minutos o más de una institución de (*MOVER IV*), lo que dificulta mucho su acceso a servicios de salud cuando tienen necesidad.

Se estima que 40 % de la población depende de la medicina tradicional, principalmente en la zona rural.

El marco jurídico insuficiente impide la formulación de estrategias y la ejecución de actividades para garantizar un mínimo de servicios. Las leyes vigentes en materia de control de la inocuidad y eficacia de los medicamentos datan de 1948 y 1955. Una ley nueva, elaborada en 1997, todavía no se ha aprobado debido a problemas políticos.

En 1998, había 2,4 médicos por 10.000 habitantes y en 1996, 1 enfermera por 10.000 y 3,1 auxiliares por 10.000 y en el 2009 existen 2,3. Estas cifras no variaron substancialmente con el Censo sobre los recursos humanos en salud (2) que se realizó en 2008. Existen diferencias considerables por los departamentos. La falta de recursos del Ministerio de Salud no permite crear nuevas plazas y muchos profesionales prefieren entrar a la actividad privada o emigrar. En 1999, se hizo un acuerdo de cooperación bilateral con Cuba, a partir del cual 500 profesionales de la salud cubanos han estado trabajando en 100 % de los municipios por más de 10 años. Existen escuelas públicas y privadas (de las cuatro escuelas privadas de medicina, sólo una es oficialmente reconocida). En 1998, había 9 escuelas de enfermería reconocidas. En 2000, abrió una escuela de formación de enfermera-parteras. No se realiza un control eficaz de la formación del personal de salud y del ejercicio profesional. Desde 1998, se capacitan una docena de administradores y directores de hospitales del sector público cada año.

La cobertura de control prenatal es baja; no se dispone de evaluaciones cuantitativas al respecto. Alrededor del 75 % de los partos son domiciliarios, especialmente en zonas rurales. Se estima que la atención del parto por personal entrenado no supera el 30 %. Servicios de atención individual: los datos proporcionados por el sistema de información no son adecuados para la gestión de los servicios de diferentes niveles y prácticamente no se utilizan.

Desde comienzos de la década, no ha aumentado la capacidad de elección del público hacia distintos proveedores de un mismo tipo de servicio. Por el contrario, se ha estrechado la capacidad de elección ante la grave crisis socio-económica.

Nivel primario de atención

La información global sobre los grados de cobertura de servicios se estiman de acuerdo a la naturaleza jurídica de los establecimientos. Así, el MSPP es responsable del 36 %, el Sector Privado del 33 % y el Sector Mixto del 31 %. Se calcula que el 40 % de la población no tiene cobertura efectiva, especialmente en zona rural. El MSPP ha empezado a llegar a estas localidades a través de un convenio con profesionales de la salud de Cuba. En la actualidad existen cerca de 360 profesionales cubanos distribuidos en todo el territorio de Haití.

El porcentaje de centros de atención primaria que disponen de sistemas de información computarizado no se conoce. Solamente algunas ONG que prestan servicios poseen esta tecnología.

No hay información confiable sobre la producción de servicios, pero se estima que las cinco causas más frecuentes de consulta son: infecciones respiratorias agudas, diarreas, fiebre (generalmente asociada a malaria), parasitosis, y enfermedades de la piel. No existen modalidades de visitas domiciliarias por el personal entrenado.

Nivel secundario de atención

No se dispuso de información sobre los porcentajes de cobertura de las distintas redes de prestadores públicos y privados de servicios de salud. El porcentaje de hospitales con más de 50 camas que disponen de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y clínica no sobrepasa el 20 %. Se concentran en la capital y en el sector privado. El grado de uso de esa información se limita a la gestión administrativa, especialmente de los recursos humanos.

En América latina el 88,1% de los partos son asistidos por personal calificado, mientras que en Haití solo el 23,7 % de los partos son asistidos por este personal (4, 10, 11), La atención calificada al parto por Quintil de ingreso Fue Q1: 24,0 %, Q5: 78,2 % (Inequality in Latin America. The Inter-Regional Inequality Facility, February 2006. London, UK.), El % de Cobertura de Inmunizaciones en < 1 año para la DPT3 (2005) y la Polio 3, mientras que en ALC es de un 92 % Haití expone cifras de 68 y 65% respectivamente (4), el % de niños de < 5 años con Esquema de vacunación completo es de 25 %.⁸ La Prevalencia en la utilización de contracepción (mujeres, todo método) en ALC se encuentra sobre en un 57 % mientras que Haití apenas alcanza el 25 %.^{4, 9}

Existencia de un sistema de salud altamente desorganizado y fragmentado.

El Ministerio de Salud Pública está estructurado en niveles centrales, departamentales y comunitarios.¹² 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 diez departamentos sanitarios. Un tercio de las 740 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.

La Administración Pública presenta similares síntomas de parálisis e ineficiencia. Un marco jurídico caracterizado por anacronismos, dispersión reglamentaria y falta de coherencia normativa, una ausencia de recursos y una cultura de gestión pública obsoleta, caracterizada por el normativismo antes que por el enfoque de políticas públicas son algunos de los problemas estructurales que presenta el sector público en Haití.

Del total de establecimientos de atención de salud del país, el 32 % son manejados por organizaciones no gubernamentales a través de las cuales se canaliza toda la ayuda externa. El sector privado con fines de lucro está formado por médicos y otros especialistas en ejercicio particular, que en su mayoría trabajan en Puerto Príncipe y en centros asistenciales privados donde el alto costo de los servicios en esos centros los pone fuera del alcance de la mayor parte de la población.

Se observan grandes diferencias en la distribución del personal del Ministerio de Salud Pública en el país. En los hospitales de los departamentos hay escasez de administradores y especialista capacitados, tales como gineco obstetras, anestesistas, pediatras, cirujanos, ortopedistas, y enfermeros. Hay aproximadamente 11.000 parteras tradicionales que atienden cerca de 80% de los partos. A pesar del intento

hecho por enviar los médicos de Puerto Príncipe a las zonas rurales, queda sin atender gran parte de las necesidades en el ámbito departamental.

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.

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 (13). 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.

Se definió en 2006 un Plan Básico de prestaciones sanitarias, denominado "Paquete Mínimo de Salud" (PMS). El MSPP lo ha definido como "un conjunto mínimo de intervenciones esenciales integradas, seleccionadas entre las más eficaces, que el Estado en función de sus recursos se compromete a entregar de manera accesible a la mayoría de la población en vista de elevar su nivel general de salud". El paquete comprende los siguientes elementos: salud materna, incluyendo la planificación familiar; la atención integral del niño; el control de ciertas enfermedades transmisibles; las urgencias médico-quirúrgicas; la educación para la salud; los medicamentos esenciales; y actividades curativas corrientes.

Provisión de servicios:

Servicios de salud poblacional: La provisión de servicios de salud poblacional es responsabilidad del MSPP, de las ONG y del sector privado lucrativo, ubicado principalmente en las ciudades. Los servicios se prestan según la demanda y a través de programas específicos.

Los principales programas de prevención específica que se han desarrollado han sido: inmunizaciones; atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia; prevención de la mortalidad materna, malaria y dengue; SIDA y enfermedades de transmisión sexual; y tuberculosis. La cobertura de estos programas varía de acuerdo a la disponibilidad del recurso humano capacitado y al acceso a exámenes específicos y tratamiento.

No existen programas de detección precoz de patologías crónicas como diabetes mellitus o hipertensión arterial.

La cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones no supera el 40 % como promedio nacional, alcanzando sólo al 18 % en algunos departamentos del país. Las campañas masivas de vacunación se reiniciaron en 1999, después de cinco años de ausencia, con resultados aún insuficientes.

El proceso de reforma en Haití se inicia con la adopción de una nueva política sanitaria en 1996, esta política sanitaria se basa en dos conceptos: las Unidades Comunales de Salud (UCS) y el Paquete Mínimo de Servicios (PMS). Estos se enmarcan en la Política Nacional de Descentralización.

Para el planteamiento de la reforma, la discusión se centró en dos actores: el gobierno y los donantes. La población no participó en ningún momento, ni tampoco otras instituciones públicas o privadas. El proceso de la reforma no ha sido explicitado a través de una agenda. Este proceso se detuvo, al no poder ser gestionado debido a la ausencia de primer ministro, inicialmente, y a la ausencia de parlamento, actualmente. Además de ello, la ausencia de poder legislativo ha impedido concretar los cambios necesarios para favorecer el proceso de descentralización. Lo mismo sucede con los instrumentos legales que sustentan el apoyo financiero para la implementación de las UCS.

Aún no se han modificado los objetivos y estrategias planteadas inicialmente y los criterios de evaluación se centraron en mayor medida en resultados económicos, y no en resultados sectoriales. Todavía no se han realizado evaluaciones del desarrollo o impacto de la reforma, pero existen documentos que analizan el grado de descentralización y el financiamiento de la implementación de las UCS y del PMS.

La estrategia de aumento de cobertura se centra en la formación de las UCS, que incorpora la participación de la comunidad en los establecimientos locales de salud.

El diseño del Paquete Mínimo de Servicios (PMS) ha sido realizado por técnicos del Ministerio de Salud y de la cooperación externa. Incluye acciones básicas en salud de la mujer y del niño, pero no se ha realizado un análisis de su financiamiento.

No se ha revisado el ejercicio de la función rectora en materia de salud, sin embargo se están realizando cambios en las estructuras de la autoridad de salud, especialmente del nivel central. Se han creado nuevas direcciones, como la Dirección de Organización de Servicios de Salud (DOSS), que será replicada a nivel de los departamentos. Con esto se espera mejorar las capacidades de respuesta a los problemas de salud de manera descentralizada.

Las acciones para garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica informes relevantes, han sido escasas. Solamente los sitios centinela, cerca de cincuenta en el país, tienen capacidad de informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria de manera rápida y precisa. Esta estrategia fue manejada durante varios años por una ONG financiada por la OPS/OMS. Hacia finales del año 1999, se transfirió toda la capacidad operativa al Ministerio de Salud.

Todavía los mecanismos de financiamiento y gasto no han variado sustantivamente, debido a la inexistencia de un parlamento que pueda aprobar una ley de presupuesto público. Oferta de servicios y modelos de atención: La redefinición del modelo de atención está ligado a cómo se desarrollen en el futuro las estrategias de implementación del PMS, aun cuando las actividades que este paquete contempla ya están establecidas.

Estrategias y programas para la reforma del sector salud¹⁴

El Ministerio de Salud Pública definió las siguientes prioridades en su plan estratégico nacional para la reforma del sector salud 2005-10:

- El fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en los niveles central y departamental, incluido el desarrollo en Haití de los recursos humanos y la capacidad gerencial y el uso de nuevas modalidades de financiamiento de la salud.
- El desarrollo de la atención primaria de salud que incluya la atención integral del niño, la atención integral de salud de la mujer, la vacunación; el acceso a medicamentos esenciales; la prevención y el control de enfermedades transmisibles; el combate de las enfermedades emergentes y reemergentes, y la mejora de la atención de urgencias médico quirúrgicas y la atención dental.
- El fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud.
- 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.

La estrategia de atención primaria de salud sirve de base para los programas de salud nacionales. Aunque no institucionalizado en los servicios de salud, se provee mediante un paquete mínimo de servicios, que incluye atención de salud a los niños, los adolescentes y las mujeres; las urgencias médicas y quirúrgicas; control de enfermedades transmisibles; educación en salud pública; medio ambiente; abastecimiento de agua y la disponibilidad de medicamentos esenciales. La segunda estrategia es la reorganización del sistema de salud, que incluye la descentralización funcional del Ministerio basada en las Unidades Comunales de Salud (UCS) las cuales son unidades administrativas descentralizadas encargadas de un conjunto de actividades de salud con participación comunal.

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 una verdadera utopía.

Inequidad en la financiación y en el acceso al sistema de salud.

En Haití no existen instituciones de aseguramiento privadas, por lo que es el MSPP el responsable de asegurar a toda la población la cobertura frente a riesgos y reparación de los daños a la salud. Existe un sistema de Seguro Social bajo la tutela del Ministerio de Asuntos Sociales. Este sistema está constituido por la Oficina de Seguro de Accidentes de Trabajo (OFATMA) y la Oficina de Seguro para la Vejez (ONA), pero la prestación de servicios tiene cobertura insuficiente y los beneficiarios están limitados a un pequeño número de trabajadores urbanos. En septiembre de 1997, la ONA contaba con 44,248 asegurados. Por su parte, a contar de enero de 1999, todos los empleados del Estado (45,000) son beneficiarios de un seguro para accidentes y enfermedades.

El Gasto público en salud como por ciento del PBI (valor 2003-2004) fue de 2,7% (15) y el Gasto de Bolsillo como por ciento del total del Gasto en Salud (Bienio 1999-2000) del 48% (15). El PBI del año 2006 alcanza los 4.470 millones de dólares, equivalente a un PBI per cápita de 527 dólares, para una población estimada de 8.4527.777 de personas. El análisis del sector público y su magnitud comparada con el PBI muestran claramente su carácter raquítico, que lo inhabilita para llevar adelante cualquier proceso de desarrollo o de mejora de las condiciones de vida de la población. Su dimensión relativa lo coloca más cerca de los Estados del siglo xix que de los Estados del siglo xxi.

Los recursos públicos en salud representan sólo 0,8 % a un 1 % del PIB. La mayoría de la asignación del MSPP (US\$ 57 millones en 1999, inalterado desde 1996) se gasta en sueldos. El presupuesto de inversiones depende en gran parte de la ayuda externa (49 % en 1999, 60 % 2009). Por lo tanto, las actividades se desaceleran o se detienen y la motivación del personal es baja. A fin de superar esto, en 1998 se inició un proceso de descentralización de los gastos de operación en todos los departamentos de salud, con la excepción del departamento del Oeste.

La asignación presupuestaria del MSPP ha aumentado progresivamente desde el año 1990, variando de 148 millones de gourdes a 1,415 millones de gourdes en 1999. Sin embargo, a causa de la inflación y de la depreciación de la moneda nacional frente al dólar de los EEUU, este presupuesto ha disminuido en términos reales. Alrededor del 36% de los establecimientos de salud pertenecen al sector público. Al interior de este subsector, la mayoría de las instituciones funciona con autonomía extrema, sin control del estado y sin visión de red de servicios. Se ha diseñado un sistema de referencia de los pacientes entre instituciones, pero no es funcional.

Se desconoce el número exacto de actores del sector privado, aunque se calcula que podrían ser cerca de 400 instituciones, la mayoría de ellas ONG e instituciones vinculadas a las Iglesias de diferentes denominaciones. Durante la época del embargo, ellas fueron las beneficiarias de casi toda la ayuda externa en forma de ayuda humanitaria. En la actualidad, si bien los donantes financian directamente el Ministerio de Salud, éste sub-contrata a empresas y ONG para desarrollar los proyectos, ya que su capacidad de gestión está muy limitada. En términos de cobertura de servicios, se calcula que ellas son responsables por un tercio de la atención médica que se brinda a la población. Su distribución no se conoce a ciencia cierta, pero se calcula que cerca de la mitad se concentra en la capital y sus barrios pobres, y el resto, en la zona rural. Algunas de ellas tienen cobertura nacional, pero la mayoría tiene cobertura local. El 33 % de los establecimientos de salud pertenecen a este subsector.

El Ministerio de Salud y Población es responsable de garantizar la salud de la población, así como la prestación de servicios, la formulación de políticas y la gestión del presupuesto en salud. No obstante, éste ha sido reconducido automáticamente, ya que no existe un parlamento para aprobarlo. No están definidas las funciones esenciales de salud pública.

El control del financiamiento público del sector es una función ejercida por la Contraloría. No existen modalidades de seguridad sanitaria, por lo que este aspecto no está regulado. El MSPP es el responsable de ejercer las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud por los distintos proveedores públicos y privados.

El trabajo intersectorial se ha limitado al sector educación, en el programa de salud del escolar. Los sistemas de información del MSPP son poco fiables y oportunos. El de mejor desempeño es el sistema de vigilancia de enfermedades a través de puestos centinela - cerca de medio centenar en el país que brinda información de las enfermedades de notificación obligatoria con cierta periodicidad y de confiabilidad aceptable.

No existe planificación de recursos humanos a nivel del MSPP. Los procedimientos de acreditación de los centros formadores no son claros y homogéneos, por lo que muchos de ellos están produciendo profesionales de salud sin contar con la

autorización correspondiente para ello, para obtener la acreditación como establecimiento de salud, el responsable de la institución debe someter su proyecto a la dirección departamental donde se ubica, quien emite un fallo, pero los procedimientos no son por escrito y difieren según los sectores, no existiendo un organismo público o privado responsable de la evaluación de tecnologías en salud, ni se han definido políticas en este campo.

La información sobre financiamiento del gasto en salud no es fiable. Algunos estudios generados por el Banco Mundial brindan información, aunque incompleta. No existen modalidades de financiamiento público del seguro sanitario privado. La cooperación financiera externa para el sector salud, tanto a través de préstamos como de donaciones, sumado al apoyo que reciben las ONG, comprende más del 60 % del financiamiento total sectorial. Según estudios de la Unión Europea, se calcula que más del 70 % de esta corresponde a donaciones o préstamos no reembolsables. Las principales fuentes de donaciones son la Unión Europea, USAID, Japón, la Cooperación francesa, española y otros países como Cuba y Venezuela, así como el sistema de las Naciones Unidas.

La Dirección de Administración y Finanzas es responsable de la elaboración del presupuesto y de los reportes periódicos de gasto. La información del gasto en salud no es oportuna. El gasto en salud alcanza al 60% del gasto público total. No se dispone de información sobre el gasto público en salud per cápita, el gasto total en salud como porcentaje del PIB ni sobre la relación entre la deuda externa en salud respecto a la deuda externa total. Globalmente, se estima que el gasto en salud per cápita es de US\$25. La tendencia esperada es a la estabilización, ya que no se esperan grandes cambios en el sistema de salud en los próximos años.

Condicionabilidad de las políticas producida por el peso del financiamiento Internacional en el presupuesto nacional.

La cooperación al desarrollo puede definirse como una parte de la cooperación internacional que pone en contacto a países con distinto nivel de desarrollo a través del intercambio de recursos y experiencias con el propósito de promover el progreso económico y social, de modo que sea más equilibrado y resulte sostenible. Los países involucrados en una relación de cooperación para el desarrollo persiguen objetivos tales como: la consolidación democrática, el desarrollo económico y social sostenible, la lucha contra la pobreza, la protección del medio ambiente, entre otros. Para el logro de los mismos pueden incluirse las siguientes modalidades: cooperación económica, cooperación técnica independiente, transferencia de capital, créditos multilaterales y bilaterales subsidiados, donaciones, cooperación técnica relacionada con la inversión, ayuda alimentaria, asistencia sanitaria de emergencia y de socorro, así como facilidades políticas y comerciales.

En el caso de Haití, la situación de extrema pobreza y desigualdad que atraviesa lo convierten en uno de los países más necesitados de la cooperación internacional para emprender con posibilidades de éxito, su política de desarrollo. En ese sentido, la complejidad de la ayuda internacional y la coordinación de los donantes superan ampliamente la de otros países de la región.

Sobre el estado de la ayuda y la cooperación al desarrollo, el gobierno haitiano ha expresado su punto de vista en dos documentos principales: el de la Conferencia

Internacional para el Desarrollo Económico y Social de Haití, realizada en Port-au-Prince el 25 de julio del 2006 y el de la Estrategia Provisoria para la Reducción de la Pobreza (DSRP-I) del 27 de septiembre de 2006. La posición oficial que se refleja en esos documentos indica que si bien la ayuda pública al desarrollo es un componente importante del presupuesto del Estado y la principal fuente de financiamiento, es necesario que los países donantes permitan un mayor liderazgo haitiano en materia de definición de las políticas y una mayor previsibilidad de la ayuda que, en muchos casos, ha fomentado la creación de estructuras paralelas a las instituciones estatales para contrarrestar las situaciones de inestabilidad política y las deficiencias del sector público.⁶ Por esas razones, estos documentos propugnan la necesidad de una "manera diferente de cooperar" profundizando las relaciones con los donantes tradicionales de Haití pero también dando lugar a nuevas colaboraciones tanto de países del hemisferio como de países europeos, mencionando que "el eje Sur- Sur revela una capacidad de innovación indispensable para que Haití recupere su lugar en el Caribe y el mundo."

En ese sentido la relación entre los montos de las ayudas (que han sido cuantiosos para la dimensión de la economía de Haití) y los resultados obtenidos demuestran que el impacto de la cooperación no ha sido el esperado. Por ejemplo, desde 1990 a 2003, Haití recibió más de 4.000 millones de dólares en ayuda _sin incluir las remesas de emigrantes haitianos en el exterior que totalizan 1000 millones de dólares anuales _ de fuentes multilaterales y bilaterales, en 2005 y 2006 recibió otros 1.300 millones de dólares, y entre 1990 y 2005 la contribución de los Estados Unidos totalizó alrededor de 1.500 millones de dólares, mientras que de 2001 a 2004 Haití pasó de ocupar el puesto 150 al 154 entre los países con índice de desarrollo humano más bajo. A su vez, el total de la ayuda internacional ha decrecido desde 1994 hasta 2002, recién ha repuntado en 2004 y 2005, con 557 millones y 816 millones de dólares, respectivamente.

A partir de la crisis económica y política desatada tras la caída del presidente Aristide y de la instalación del gobierno interino en febrero de 2004, el Banco Mundial, la Comisión Europea, el Banco Interamericano de Desarrollo y las Naciones Unidas convocaron conjuntamente una conferencia internacional de donantes en la que se conformó de un Marco de Cooperación Interina (MCI) para el período 2004-2006 en un costo estimado de US\$ 1,300 millones. Vencido el plazo, se decidió extender el MCI hasta diciembre de 2007 y elaborar con las autoridades haitianas un Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza (PRSP, por sus siglas en inglés) que facilitaría la incorporación de Haití en la Iniciativa HIPC (Highly Indebted Poor Countries). Según los datos disponibles, los desembolsos de ayuda externa en el marco del MCI alcanzaron en U\$S 557.890.998 en 2004-05, U\$S 816.259.883 en 2005-06 y U\$S 215.491.136 en 2006-07 (primer semestre). El 45 % de estos recursos fue utilizado en el apoyo al acceso a servicios básicos.

Por su parte, el FMI aprobó US\$ 14,7 millones como segunda fase del Programa de Emergencia Post-Conflicto (EPCA, por sus siglas en inglés) por un año, el que será evaluado en marzo de 2006 con las nuevas autoridades, de 1990 a 2003, Haití recibió más de 4.000 millones de dólares en ayuda de fuentes multilaterales y bilaterales.

En 2005 y 2006 recibieron otros 1.300 millones de dólares. La contribución de los Estados Unidos entre 1990 y 2005 totalizó alrededor de 1.500 millones de dólares."

El presupuesto de 256 millones de dólares de 2009 es financiado en un 60 % por donantes extranjeros. En otros años las cifras han sido similares. Del presupuesto

público, 130 millones de dólares van para la Policía Nacional de Haití. La reciente cumbre de donantes organizada por el BID reunió el compromiso de US\$ 324 millones adicionales para los próximos dos años, de los cuales 40 millones se incorporarán al presupuesto del 2009. La mayor parte de las donaciones no van directamente al gobierno haitiano sino que se ejecutan a través de ONG's, la MINUSTAH, iglesias y otras instituciones privadas. Sin embargo, es usual que una parte significativa de las ofertas de las donaciones no llegue a concretarse. La capacidad exportadora de Haití continúa siendo muy débil, no logra alcanzar sostenidamente los 500 millones de dólares al año y está basada en un par de productos agrícolas, artesanía y pequeñas manufacturas.³

Falta de armonización de la cooperación internacional

Operan en el país alrededor de 98 cooperaciones internacionales debidamente patentizadas por el estado, entre las que se relacionan 15 agencias de las naciones unidas, 23 agencias de cooperación bilateral, 10 de cooperación multilateral, 25 ONGs internacionales y 9 ONGs nacionales, donde solo 25 de ellas tienen acciones relacionadas en mayor o menor medida con la atención primaria de salud.

La Cooperación ha sido un actor de primer orden en el apoyo a los esfuerzos conjuntos de la comunidad internacional y el Gobierno interino. En el mes de junio de 2006 tomó posesión el nuevo Gobierno democráticamente electo superando la fase "provisional" iniciada tras los sucesos de 2004.

El Gobierno transitorio, los donantes y diversas organizaciones internacionales y regionales acordaron en marzo de 2004 una iniciativa conjunta para responder de manera global a las necesidades del país: el Marco de Cooperación Interina (CCI en sus siglas en francés), que identificaba las intervenciones prioritarias, los apoyos previstos por parte de la comunidad internacional y una importante estructura de coordinación que veremos más tarde. El CCI determinó cuatro grandes ejes de desarrollo —Gobernabilidad y Diálogo Nacional, Gobernanza Económica y Desarrollo Institucional, Relanzamiento Económico y Acceso a los Servicios de Base— guiados por los principios de apropiación y liderazgo de las autoridades haitianas. Posteriormente, el Gobierno electo ha retomado este marco de cooperación para continuar su trabajo de desarrollo ampliando su vigencia hasta el mes de septiembre de 2007, momento en el que se asumió disponer del documento definitivo de la Estrategia de Crecimiento y Reducción de la Pobreza, cumpliendo de este modo con uno de los compromisos adquiridos por el Gobierno haitiano frente al FMI.

Asimismo, el Gobierno haitiano ha presentado a la comunidad internacional una serie de propuestas tendentes a favorecer no sólo la apropiación y el alineamiento sino también la coordinación y eficacia.

De las 26 cooperaciones internacionales que tienen de alguna manera relación con los servicios de salud 4 tienen que ver con la formación de recursos humanos, 11 con programas de enfermedades transmisibles priorizados por el ministerio de salud y población, y 12 con financiamientos y apoyo a instituciones del nivel secundario.

Un 40% de todas las cooperaciones plantea que las prioridades sobre las cuales se estructuran las intervenciones se determinan de conjunto con los funcionarios del

Ministerio de Salud pública, otro grupo (50%) las prioridades están establecidas de antemano en los proyectos y que son discutidos y aprobados por el Ministerio y otro 10% actúan de forma independiente estableciendo sus propias prioridades de intervención, todas coinciden en que no existe un liderazgo por parte de las autoridades de salud para establecer las prioridades en función de sus verdaderas necesidades y las políticas de salud están condicionadas por el peso que ejerce la financiación de la cooperación internacional. Se han establecido mecanismos por parte del ministerio para asegurar una buena comunicación con las diferentes cooperaciones internacionales, pero es criterio consentido que son poco funcionales, puesto que se limitan a dos o tres encuentros anuales, lo cual es insuficiente para el control y seguimiento de acciones comunes, todo lo cual podría mejorar estableciendo mecanismos mas dinámicos y menos burocráticos que permitieran un intercambio más frecuente.

Cooperación técnica y financiera externa

La ayuda internacional representa actualmente el 90 % del gasto público total donde los principales donantes son la AID (EUA), Francia, el Canadá, Japón y la cooperación cubano-venezolana; 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 diez 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.

En las entrevistas realizadas a los actores de las cooperaciones internacionales, se recoge como elemento importante una financiación coherente con los objetivos de cada cooperación, considerada por los funcionarios a cargo de dichas cooperaciones como suficientes, sin embargo al evaluar los resultados no coinciden con el monto de la financiación para dichos objetivos, un 85 % de ellos coincide en que la crisis financiera global afectara a corto y mediano plazo su cooperación hacia el país, un 15% plantea que dada la prioridad que representa Haití para su cooperación, los costos de financiación se mantendrán sin grandes cambios por un tiempo considerable.

La presencia activa en Haití de numerosos actores internacionales trabajando por el desarrollo del país, hace que por un lado las posibilidades de colaboración sean numerosas y necesarias para conseguir el mayor impacto, pero también requiere de criterios de coordinación y armonizaciones de estrategias claras y definidas.

En el contexto de los trabajos iniciados por el Marco de Cooperación Interino en julio de 2004 se definió la organización entre los donantes. Tres grandes grupos de organismos (incluyendo agencias y países socios) se encuentran en Haití:

1. Las Instituciones financieras internacionales

El Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

2. Las agencias de Naciones Unidas

Este grupo se integraría por: la Misión para la Estabilidad de ONU para Haití (MINUSTAH), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) para la seguridad alimentaria, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) para el ámbito de la educación, la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para el ámbito de la salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para la sostenibilidad medioambiental, entre otros.

3. Los donantes bilaterales y multilaterales.

Se destacan la Unión Europea, los Estados Unidos (USAID), Canadá (ACDI), Francia (AFD), Japón (JICA) y España (AECI), Venezuela (a través de PDVSA) y Cuba.

En el ámbito de los donantes, existen dos principales estructuras de coordinación, una a nivel estratégico y otra a nivel ejecutivo.

A nivel estratégico la primera, denominado "Grupo de Contacto" reúne a todos los donantes presentes en Haití, permitiendo la realización de consultas globales, el seguimiento de las acciones de desarrollo previstas en el MCI, la armonización y concertación y el desarrollo de una visión estratégica de la cooperación internacional en el país.

A nivel ejecutivo, encontramos el "Grupo de Donantes", presidido por el Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas, compuesto por los representantes de las organizaciones internacionales, instituciones financieras y países donantes. Existe asimismo un "Grupo restringido de coordinación" integrado por la Comisión Europea, USAID, BID, BM, Canadá, NNUU y el FMI.

En el ámbito del país receptor, existe una "Célula de Coordinación Estratégica" cuya responsabilidad corresponde al Primer Ministro, la coordinación interministerial, basada en un "Comité Interministerial de Seguimiento", presidida por el Ministro de Planificación y Cooperación Externa, y la ejecución operacional a cargo de cada ministerio sectorial.

Las estructuras de la cooperación internacional y del gobierno haitiano se complementan a través de dos niveles de concertación.

El primero, de nivel estratégico, a través del "Comité Conjunto de Coordinación de Implementación y Seguimiento del CCI".

El segundo, de nivel ejecutivo, a través de las "Mesas Sectoriales" de coordinación, que permita a los diferentes ministerios el hecho de incluir a todos los socios estratégicos en el proceso de ejecución, permitiendo capitalizar la experiencia adquirida en el marco de los grupos sectoriales del lado de los donantes y contar pues con el apoyo técnico y logístico de los mismos.

En la actualidad, el gobierno haitiano ha presentado una nueva iniciativa de coordinación y articulación, basándose en la ya existente, la cuál será coordinada por el Secretariado Técnico de la Coordinación de la Cooperación Externa y del partenariado el cuál estará bajo la responsabilidad del Ministerio de la Planificación y la

Cooperación Externa. Dicho secretariado, estará constituido por tres células que trabajarán estrechamente relacionadas en tres niveles diferenciados: estratégico, seguimiento de las unidades de planificación sectorial y de las mesas sectoriales y una tercera de sistemas de información y gestión de datos.

Se ha dispuesto también la creación de un Comité Conjunto de Coordinación Estratégica (CCCS, en sus siglas en francés) estará presidido por el Primer Ministro y compuesto por el Ministro de la Planificación y la Cooperación Externa (MPCE), el Ministro de Economía y Finanzas, tres miembros de la sociedad civil y representantes del Grupo Ejecutivo de Donantes.

Esto es lo que está establecido conceptualmente, pero la realidad es otra y esta estructura planteada no es del todo funcional, limitándose solo al funcionamiento de las mesas de concertación de salud que si funcionan todos los meses regularmente.

Después de varios años de desorden político, Haití ha logrado consolidar un gobierno que goza de cierta legitimidad tanto en el plano doméstico como internacional. Sobre esa base, el Estado haitiano ha realizado importantes esfuerzos para comprender la realidad del país y armar un esquema para determinar una demanda global a los oferentes de cooperación externa. El gobierno actual ha generado una serie de documentos en esa dirección, entre los cuales cabe destacar el de la Conferencia de Donantes de julio de 2006 y el Documento de Estrategia Nacional para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza,⁶ que presentan pistas claras sobre las necesidades del país en materia de cooperación internacional. En la práctica, la debilidad del Ministerio de Planificación y Cooperación Externa y de la administración pública en general ha provocado innumerables dificultades para ordenar las necesidades y prioridades del país y para gestionar de manera adecuada el volumen de oferta de cooperación para el desarrollo.

En este contexto, no se ha logrado superar una situación en que la ayuda externa aparece como un conjunto heterogéneo de iniciativas, con duplicaciones de esfuerzos, sectores saturados en cuanto a su capacidad absorción y recepción de la ayuda y sectores con poco apoyo, a pesar de ser considerados como prioritarios en el esquema conceptual del gobierno.

Los proyectos de cooperación tratan de construir en su micro espacio de actuación de las condiciones del país de origen de la ayuda (o de otro país receptor en que la ayuda resultó exitosa y que presentaría elementos comunes con Haití). De esta manera, gran parte de los recursos se utilizan en un esfuerzo que termina tropezando con los cuellos de botella del entorno en general y _ especialmente- del entorno institucional y administrativo que debe ser aportado por el Estado para asegurar la sostenibilidad de las acciones.

En esta línea de análisis, tal como lo plantean los esfuerzos realizados por las instituciones haitianas, el fortalecimiento del aparato de gestión del Estado es oferentes, que le permita superar las dificultades que provoca un universo de ayuda externa organizado como una mera sumatoria de proyectos, muchas veces aislados entre sí, no por una manifiesta voluntad aislacionista sino por la propia dinámica y condicionamientos de cada uno de ellos que responden a las lógicas de funcionamiento de sus respectivas agencias.

En efecto, los organismos extranjeros ofrecen en general mejores condiciones de trabajo y oportunidades de carrera que el Estado haitiano, con lo que el personal competente tiende a migrar hacia las agencias, agudizando así la falta de capacidad de gestión del sector público, la atomización de la ayuda al desarrollo y la dificultad para crear una dinámica de trabajo versátil entre el estado y las diferentes cooperaciones.

Débil liderazgo del Estado

La crisis de Haití como Estado está marcada por años de inestabilidad y violencia política, situación signada por la coexistencia de un necesario optimismo tras la apertura de una fase democrática, junto con el temor de la fragilidad de la situación, la política haitiana está aquejada de una permanente polarización y de una ausencia de cultura democrática, reflejo de una sociedad desarticulada y con falta de cohesión. En un ambiente de baja gobernabilidad con un estado débil que reproduce la desigualdad en la medida en se dificulta el impulso de los mecanismos redistributivos; la tributación es baja e injusta, el gasto y la inversión social insuficiente, así como las políticas de acceso a la salud y de desarrollo rural, la cobertura educativa y de seguridad social son limitados y en un contexto de desarticulación de políticas, escasos recursos financieros y mecanismos redistributivos deficientes, los impactos negativos de la crisis tenderán a incrementarse.

Siendo un hecho probado la falta de políticas para mejorar, organizar e integrar los servicios de salud de acuerdo con la renovación de la estrategia de la APS en pos del logro de un acceso equitativo de la población a servicios de calidad en el momento oportuno, en un contexto de débil liderazgo para coordinar la Cooperación Internacional.

Haití continúa siendo una democracia extremadamente frágil, con capacidades mínimas de ejercer funciones estatales básicas. Haití depende y seguirá dependiendo de la de la cooperación internacional para mantener su proceso de estabilización política, construcción del Estado, fortalecimiento de la democracia y logro de un desarrollo económico y social sustentable. El gobierno de Rene Preval, con fuerte apoyo internacional, ha logrado avances importantes en materias de seguridad, planificación y construcción institucional. El año 2008 estuvo marcado por una fuerte crisis de gobierno, signada por las alzas en los precios internacionales de los alimentos, severos conflictos con la oposición y desastres naturales causados por las tormentas tropicales y agudizadas por la devastación ambiental.

Haití es un ejemplo de Estado crónicamente frágil, que ha logrado evitar una completa desintegración administrativa. Los niveles de pobreza y de desarrollo humano figuran entre los peores del hemisferio occidental. El país tiene una economía primitiva y autárquica y es extremadamente vulnerable a los desastres naturales, agravados por la degradación del medio ambiente.

Hay entre los haitianos escaso o ningún sentido de "nación" y, ciertamente, ningún consenso sobre cuál debe ser el papel del "gobierno" en la vida cotidiana, poco entusiasmo público por el papel del Estado en la prestación de servicios públicos debido a que históricamente, éstos quedaron subvertidos y explotados por las elites políticas y económicas. Debido a la ausencia de instituciones públicas fiables, la

supervivencia en Haití fue básicamente responsabilidad personal, en que cada uno defiende sus propios intereses.

Haití no puede combatir eficazmente la pobreza y emprender el sendero hacia el desarrollo sostenible, a menos que supere las principales debilidades de sus instituciones políticas y sociales. Para lograrlo, es preciso que los tres protagonistas principales, el Estado, la sociedad civil y la comunidad internacional, avancen hacia formas mucho más estrictas de acción colectiva. Pero esto no es fácil. Hay un debate permanente entre quienes favorecen soluciones paralelas (como la creación de servicios públicos fuera del sistema político oficial, aun a riesgo de que se conviertan en permanentes), y quienes promueven las reformas institucionales dentro del sistema oficial.

La visión de la cooperación internacional respecto de la Atención Primaria de Salud.

En las entrevistas realizadas a los principales actores de la cooperación internacional en Haití, la mayoría desconoce el rol de la atención primaria de salud en la organización del sistema, y algunos coinciden en sus planteamientos en que prácticamente su papel ha quedado omitido por la falta de una política clara, financiamiento y ausencia de mecanismos de referencia y contra referencia con los demás niveles de atención. El 80% de estas cooperaciones no están enteradas de que exista un modelo de APS privilegiado por el MSPP, sin embargo, un 20% reconoce la existencia de las Unidades Comunales de Salud, como el modelo de APS aprobado por el ministerio. Eso sí, con serios problemas para su funcionamiento

Son coincidentes los criterios de que debiera implementarse un modelo de atención primaria de salud renovada con un fuerte componente de participación comunitaria que reconozca la presencia de otras instituciones de salud y en estrecha relación con estas, permitiendo así una acción integral en la salud de la comunidad con un verdadero enfoque de prevención, curación y rehabilitación; además de promover la formación y desarrollo de recursos humanos dentro del propio modelo, en función de su sustentabilidad. Solo cuatro de las principales cooperaciones presentes en el país tienen como prioridad la formación de recursos humanos y ningunos en función de la atención primaria de salud.

Proyecto Piloto de Organización de la Atención Primaria de Salud en La Grande Anse.

Con el fin de desarrollar una propuesta con bases empíricas en el terreno para proponer un modelo renovado de APS adaptado a la realidad haitiana, se está llevando a cabo en el departamento sanitario de La Grand Anse un proyecto piloto.

El concepto de Atención Primaria de la Salud _ APS _ se define, en forma sintética, de la siguiente manera: "Es la atención ambulatoria basada en métodos y tecnologías científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de la comunidad, comprendiendo en esto al individuo, la familia y el ambiente, cuyo fin último es la promoción y prevención de la salud".

Es así que la APS debe lograr la participación de la comunidad y de todos los sectores económicos y sociales sostenibles con un sentido de auto responsabilidad y autodeterminación. La meta de la APS es alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental, emocional y social tanto en individuos como en familias y con una amplia cooperación de la sociedad.

La Brigada Médica Cubana (BMC), ha colaborado en materia de salud con la República de Haití por más de 10 años consecutivos, fundamentalmente en las zonas de mayor pobreza. En el departamento Grand Anse, uno de los más pobres del país y de más difícil acceso, se ha desarrollado un proyecto de intervención, fortalecimiento y medición de impacto de las acciones de salud, que abarca la totalidad de las comunas del mismo. Así, la población rural que será atendida en este proyecto por personal médico cubano es de 354 735 habitantes. Distingue este proyecto la cobertura de servicios médicos que provee, la aplicación del enfoque de la medicina social y familiar y la intención de evaluar el impacto del trabajo en períodos de tiempo diferente.¹⁶

Este proyecto surge de la necesidad de facilitar el acceso de la población marginada a la atención primaria y el reducir el costo de los servicios de asistencia primaria con garantía científica de seguridad y eficacia; su aspiración fundamental es la mejoría de la situación de salud de la población del departamento de la GRAND' ANSE mediante el incremento de la cantidad y calidad de los servicios de salud, dirigidos a toda la población del Departamento y en especial a los menores de cinco años y las embarazadas, así como la elevación de la satisfacción de la población que se beneficiará con los programas de cooperación medica internacional.

Los resultados esperados del proyecto Grand Anse son el contribuir al desarrollo social sostenible a partir del los componente de los servicios de salud en la zona rural y de pobreza extrema del departamento, fortalecer los servicios de salud aplicando de acuerdo al contexto, la experiencia cubana del enfoque familiar y social, implementar una metodología que permita medir el impacto de las intervenciones a diferentes plazos, en las vertientes de los servicios prestados y la mejora en las condiciones y calidad de vida.

El propósito del trabajo que se presenta es el de describir la estructura funcional y organizativa de los servicios médicos del proyecto Grand Anse, identificar sus resultados en los primeros seis meses de ejecución, describir las aplicaciones del proyecto e identificar impacto en indicadores de mortalidad materno - infantil.

Se trata de un estudio de desarrollo e Intervención en salud, que plantea la necesidad de lograr una mayor accesibilidad a los servicios de salud, requerirá de una infraestructura adecuada y de recursos humanos y materiales, así como del establecimiento de funciones a nivel local, organizados en grupos de trabajo y liderados por los profesionales de la salud.; convirtiéndose estos en verdaderos "agentes de cambios", el universo de trabajo propuesto es el 100 % de la población residente en el departamento de Grand' Anse. El marco teórico del proyecto se basa en la ampliación de la cobertura médica en todo el departamento aplicando, con los ajustes que el contexto exige, el enfoque de la medicina familiar y social, utilizando registros simplificados que parten del modelo cubano de atención primaria, todo lo cual facilita implementar procedimientos sencillos y estandarizados que permiten visualizar el impacto atención médica sobre la base de este proyecto y que podría contribuir al diseño de una metodología general de medición para aplicar en otros escenarios. La estrategia de investigación se basa en el análisis de la organización del proyecto para su puesta en marcha, la factibilidad de captar información suficiente y la experiencia aprendida y aplicada en otros sitios, lo cual posibilite extender la aplicación de esta experiencia a otros escenarios.¹⁶

Se realizará la estimación puntual y por intervalo de indicadores de impacto en mortalidad infantil, pre-escolar, del menor de cinco años y materna comparativamente

entre los seis meses anteriores al proyecto y los seis primeros meses de trabajo. Estos serán estimados a partir de una encuesta

La estructura de salud que sustentará el proyecto estará formada por la brigada médica cubana y sistema de salud haitiano donde serán establecidos dos niveles de atención: primario y secundario.

Nivel primario (APS) A cubrir 59 secciones comunales: 62 Médicos Cubanos y haitianos, 4 Licenciadas en enfermería y 4 Técnicos de laboratorio clínico.

Nivel secundario:

- Un Centro de Diagnóstico Integral en la comuna de Anse d" Hainault.
- Un Centro de salud reforzado, ubicado en la comuna de Corail. (Contara con un MGI, un pediatra, un obstetra, un licenciado en enfermería, un técnico de laboratorio clínico y un técnico de Rayos X, un MGI diplomado en endoscopia además de incorporar nuevos medios diagnósticos como endoscopia, ultrasonido y electrocardiograma).
- Un Hospital ubicado en la cabecera departamental _ Saint Antoine-, donde laboran un cirujano, un pediatra, un obstetra, un ortopédico, un clínico, un técnico de laboratorio, un técnico de Rayos X, un MGI diplomado en endoscopia, además de incorporar nuevos medios diagnósticos como endoscopia, ultrasonido y electrocardiograma).

Se dará cobertura al 100 % de la población residente en el departamento mediante la ubicación de dispensarios médicos comunitarios distribuidos en todas las secciones comunales, donde prestarán servicios médicos residentes en la especialidad de MGI, y especialistas de MGI, Haitianos y Cubanos y donde se justifique un enfermero o un técnico de laboratorio.

El Centro de Diagnóstico Integral y los dos puntos reforzados brindarán atención de nivel secundario a la totalidad del departamento.

En todas las secciones comunales, se realizarán las siguientes actividades comunes:

- Atención médica a la totalidad de la población de la sección comunal.
- Atención priorizada del total de gestantes y niños de 0 a 5 años de la población.
- Trabajo con grupos comunitarios que incluyen la creación y funcionamiento de los círculos de abuelos, adolescentes, de gestantes y otros.
- Ingreso Domiciliario.
- Formación de Promotores de Salud.
- Pesquisa de pacientes con afecciones Oftalmológicas tributarios de tratamiento quirúrgico mediante el proyecto cubano-haitiano "Misión Milagro".
- Contribuir al desarrollo de programa de alfabetización "Yo si puedo".
- Participación social y comunitaria.

Cambios estructurales propuestos

- Rehabilitación y apertura de 62 dispensarios médicos comunitarios.
- Creación de un Centro de Diagnóstico Integral en la comuna de Anse de Hainault.

- Fortalecimiento de la prestación de los servicios médicos y diagnósticos en el hospital departamental de Saint Antoine en Jérémie y en el centro de salud de Corail.
- El proyecto Grand Anse se inició en el mes de Febrero del año 2009. Tras la identificación de voluntades, autorización, localización de la estructura física para el trabajo y vida de los médicos cubanos, inserción de estos en los lugares, tras la motivación, preparación y compromiso con el proyecto, se encuentran actualmente trabajando 25 médicos en las secciones comunales del departamento, de ellos 15 especialistas cubanos en MGI y 10 residentes de la especialidad (5 cubanos y 5 haitianos) y 7 especialistas de otras especialidades que laboran en el nivel secundario de atención. 11 de los dispensarios donde laboran los médicos son instalaciones públicas ya existentes donde se prestaba asistencia anteriormente por la brigada médica cubana y los 14 restantes corresponden a locales adaptados, incluyendo parte de las viviendas donadas por los pobladores pobres de las comunidades donde jamás había existido presencia medica alguna, los que denominamos dispensarios comunitarios. El proyecto abarca el departamento completo, que incluye 12 comunas, subdivididas a su vez en 59 secciones comunales de las cuales 25 reciben servicios de la BMC.

Los médicos que laboran en los centros de salud aplican sus servicios basados en la metodología de la medicina familiar cubana adaptada al contexto rural haitiano del departamento. Se auxilian del modelo de Historia Clínica Familiar vigente actualmente en Cuba y que fue adaptada y simplificada para su uso. Llevan además un registro de nacimientos y defunciones detallado que permite además de computar el evento, subregistrador hoy en el país, disponer de información para cálculos en el futuro del indicador de esperanza de vida.

El proyecto mantiene la cobertura a las 12 comunas del departamento y dentro de ellas 25 secciones comunales son beneficiadas. El número de casos vistos promedio mensual es de 14.855 casos. El acumulado de casos vistos en el semestre febrero _ julio del 2009 fue de 89.135. Del total de casos vistos, 51.566 se vieron en actividades de terreno para un 57,85 %. La productividad médica ha promediado en 33,37 casos vistos por día por médico. Se han dispensa rizado 425 gestantes, 356 menores de 1 año y 906 niños de 1 a 4 años de las secciones comunales cubiertas, los que se encuentran bajo control y seguimiento por los médicos que laboran en los dispensarios.¹⁶

El proyecto ha permitido aplicar la variante cubana de asistencia conocida como "ingreso en el hogar". En el semestre se ingresaron en el hogar 238 personas. De ellos 47 fueron gestantes para un 20% y 115 niños menores de un año para un 48,3 %. En esta variante cada día el médico vigila e interviene en la evolución del ingresado por visita al domicilio o por la venida al centro de salud de un familiar. Es así que se ha establecido la modalidad de atención.¹⁶

Otro de los objetivos de trabajo del proyecto lo constituye el trabajo con los grupos comunitarios, que ha permitido la creación y puesta en marcha de 47 círculos de abuelos con 724 participantes, 49 círculos de adolescentes con 2388 integrantes, 33 círculos de gestantes con 198 participantes, entre otros movimientos deportivos y recreativos donde se utiliza el espacio para la promoción y la prevención de salud.¹⁶

La atención al parto por personal altamente calificado se ha elevado considerablemente en las zonas de muy difícil acceso donde no existía anteriormente ni la atención por matronas, con un total de 17 partos realizados y 56 asistidos por nuestro personal en

el semestre, los cuales no podemos considerar como institucionales pues se han realizado en las viviendas bajo circunstancias extremas. Al inicio del proyecto estos eran realizados por los mismos familiares de las gestantes lo que presuponía un elevado número de complicaciones.

La desnutrición infantil reportada en el área bajo proyecto en el período febrero _ julio fue de 62 niños menores de un año y 257 de 1 a 4 años.

La población dispensarizada en el área bajo proyecto es de 1687 pacientes de la población materno infantil, donde la principal causa de dispensarización en los grupos II, III es la hipertensión arterial, aunque existe un importante subdiagnóstico sospechado de la diabetes mellitus dado por los inadecuados hábitos de alimentación de las personas y la dificultad de no poder hacer un diagnóstico aproximado por glucometría. Las enfermedades infecciosas más frecuentes son las infecciones respiratorias agudas, transmisión digestiva, transmitidas por vectores y las de transmisión sexual.¹⁶

Existen 39 investigaciones terminadas a presentadas en las jornadas científicas departamental y nacional. En marcha 22 tesis, de la especialidad de MGI y 26 protocolos de maestrías.

Se han reportado en el semestre 7 fallecidos, de ellos ninguno menor de 1 año, solo 2 de estas defunciones fueron certificadas y registradas, lo que demuestra que existe un alto porcentaje de subregistros estimado para las estadísticas de mortalidad del país. El médico cubano puede asistir la muerte de una persona pero no está autorizado a llenar el certificado médico de defunción.^{16, 17}

En el proyecto se han aplicado enfoques de la buena práctica de la medicina comunitaria en el contexto rural bajo el enfoque de medicina familiar y social. La atención dispensarizada se realiza a toda la población materna infantil del territorio que atiende cada médico. El proyecto ha tenido un importante desarrollo docente e investigativo. Actualmente se forman en él 17 residentes haitianos del primer nonestre y 5 cubanos del 1ero, 2do y 3er años respectivamente de la especialidad de Medicina General Integral. Se desarrollan 26 maestrantes en las seis maestrías de amplio acceso que se oferta por Cuba a los colaboradores. Los participantes en el proyecto desarrollan estudios en salud en la zona donde trabajan relacionadas con el desarrollo del proyecto.¹⁶

El modelo de desarrollo de medicina rural implementado en el departamento Grand Anse ha sido factible y dado los resultados del primer semestre transcurrido debe ser sostenible y posible de mayor desarrollo y resolutiveidad. La estructura y funcionalidad del proyecto descansa sobre la establecida por la BMC en el país con peculiaridades tales como la aplicación de la medicina familiar, la alianza intersectorial, el beneplácito de las autoridades sanitarias y sobre todo una participación comunitaria de excelencia. Los resultados del primer semestre de trabajo son favorables, los incrementos de los indicadores de servicios, el conocimiento de la población y la aceptación de esta de los servicios de salud con enfoque familiar en zonas de tal pobreza, deviene en un modelo referente para el sistema de salud del país, de existir la voluntad y la disposición de los recursos humanos nacionales de trabajar en estos lugares tan pobres e inaccesibles, lo cual estamos logrando con el avance del mismo. Seis meses es aún un breve tiempo para aspirar a obtener resultados consistentes de impacto de una intervención en salud. No obstante al tratarse de un territorio donde las reservas de impacto favorable

están casi al máximo, por la pobreza de la zona y la prácticamente nula actividad del sector salud en el lugar, las acciones beneficiosas, aun desempeñadas en tan sólo seis meses, bastan para observar como empiezan a aflorar resultados positivos.¹⁶

CONCLUSIONES

La existencia de un Sistema de Salud sin liderazgo, desorganizado y fragmentado incapaz de articular políticas, con un financiamiento inequitativo, accesibilidad geográfica y económica muy limitada y una oferta de servicios pobre; Un sistema de Atención inestructurado, falta de conducción por parte del Ministerio de Salud, poca claridad sobre su importancia e integración comunitaria, inexistencia de cuadros preparados y de un plan para la formación de recursos humanos en función del sistema; Una política de salud condicionada por el peso del financiamiento internacional en el presupuesto nacional, todo lo cual ha traído como resultado el fracaso de la misión de los dos modelos de APS propuestos en el país (Unidades comunales de salud (UCS/PMS MSPP), el modelo Contrato por desempeño IS/Subconjunto PMS9); Una cooperación internacional desarticulada, sin alineamiento con el Gobierno, con una mala selección de las prioridades de la ayuda, sin tener en cuenta como máxima prioridad los problemas políticos de gobernanza; intentando construirse un micro espacio y carente de una visión de cómo operativizar la APS.

Finalmente se evaluó un nuevo modelo sostenible y sustentable en el contexto de la crisis financiera mundial, en espera que esta propuesta de APS renovada facilite que "el Estado aproveche eficientemente el entorno internacional en función de un modelo de desarrollo de Salud" equitativo y durable que permita responder adecuadamente a las necesidades de la población.

RECOMENDACIONES

- Apertura de un espacio de diálogo permanente entre las cooperaciones en el ámbito de salud bajo el liderazgo de las autoridades socio sanitarias.
 - Reforzamiento del desarrollo del liderazgo de las autoridades socio sanitarias en todos los niveles de responsabilidad.
 - Operativización de la propuesta.
 - En este aspecto resulta imprescindible mejorar la oferta de servicios y programas de acceso.
 - Comprensión de la necesidad de soluciones con tierra local de los problemas a través de la participación de los haitianos en el diseño y aplicación de las políticas y cambios institucionales.
 - La búsqueda de coherencia en ámbitos políticos y coordinación tanto a través de los organismos gubernamentales y las cooperaciones internacionales.
 - En cuanto a la coherencia de las políticas de Salud, es necesario un diagnóstico sólido y definir las prioridades para acción.
 - Las iniciativas de apoyo habrán de cuidar no sobrecargar la capacidad de absorción de Haití.
-
- Incorporar la vigilancia de los resultados del nuevo modelo propuesto para determinar los ajustes o correcciones en su diseño como en sus modalidades de aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MSPP-BID (2004). Relevé Ligne de Base, MSPP-BID, 2004.
2. Système Nations Unies et coll. (2008). Rapport d'évaluation des besoins post desastre, cyclones Fay, Gustav, Hannah et Ike, Gvt d'Haïti, Système de Nations Unies, Banque Mondiale et Union Européenne, novembre 2008.
3. IHSI/UNFPA (2003). Recensement général de la population. IHSI/UNFPA, 2003.
4. OPS/OMS (2006). Indicadores Básicos 2006, OPS/OMS.
5. OPS/OMS (2007). Indicadores Básicos de Salud 2007. OPS/OMS.
6. IMF (2006). Haïti: Interim Poverty Reduction Strategy Paper. IMF Country Report No.06/411, November 2006.
7. WB (2006). Social Resilience and State Fragility. A Country Social Analysis. Report No.36069-HT, World Bank. April 2006.
8. EC-WHO (2006), Partnership Proposal. Country Proposal Haiti. Summary of Country Health and Development Challenges.
9. IHE et coll (2005-06). Enquête de morbi mortalité et utilisation de services, EMMUS IV.
10. IHE et coll (1995). Enquête de morbi mortalité et utilisation de services, EMMUS II.
11. PNUD (2005). Informe Nacional sobre Desarrollo Humano, Haïti. PNUD 2005
12. Decreto Ley Orgánica, 2005.
13. MSPP (1996). Política Nacional de Salud, MSPP, 1996.
14. MSPP. Plan stratégique national pour la réforme du secteur santé 2005-10. MSPP, 2005.
15. Unicef. Rapport Financement et Dépenses en Sante. UNICEF. Haïti. 2001.
16. BMC (2009). Informe I Proyecto Grand Anse. Registros Administrativos. Coordinación Nacional de la Brigada Médica Cubana. Haiti 2009.
17. Fiona Brooks BA, PhD, David Shemmings PhD, MSW, BEd, Cert Ed, Adv Cert in Ed Studies, DMS (2008) Guest editorial: Health and social care needs of children and young people. Health & Social Care in the Community 16 (3), 219_221
doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00785.x. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2524.2008.00785.x>.