ARTÍCULO ORIGINAL

Análisis de la cooperación sur-sur en salud en Haití entre enero de 2010 y septiembre de 2012

Analysis of South-South Health cooperation in Haití from January 2010 to September 2012

Dra. Maria Victoria Torres Hernandez, Dr. Norberto Ramos Gonzalez

Especialista em Pediatria. Ministerio de Salud Pública. nnuu@msrint.sld.cu
Unidad Central de Colaboración Médica. pis atc@msrint.sld.cu

Recibido: 2 de Diciembre 2012
Aprobado: 7 de Enero 2013

RESUMEN

Objetivos: se analizó la Cooperación Sur-Sur en salud en Haití. **Método:** investigación cualitativa, descriptiva, longitudinal y retrospectiva, en el periodo comprendido desde enero de 2010 hasta septiembre de 2012. **Resultados:** se apreció la diversidad de modalidades de cooperación y donantes con similitud de acciones y proyectos, la creación de mecanismos nacionales de coordinación en busca de la armonización y alineación entre los actores. Se evidenció la cooperación cubana y su reforzamiento en el periodo analizado, asistencial docente y el fortalecimiento de la modalidad de cooperación triangulada. **Conclusiones:** se apreció el incremento de la Cooperación Sur-Sur Horizontal y Triangular posterior a los desastres naturales: terremoto y epidemia de cólera. La importancia de mecanismos de reuniones mixtas intergubernamentales y Comisiones Tripartitas, regidas por los Ministerios de Relaciones Exteriores de los países involucrados en la cooperación, para una coordinación y seguimiento a las acciones acordadas enfocadas en la equidad y el acceso a los servicios a la salud en beneficio de la población haitiana.

Palabras clave: cooperación Sur-Sur Horizontal, Ayuda Oficial al Desarrollo, mecanismos de integración, armonización, alineación, equidad, acceso a los servicios.

ABSTRACT

Objective: To analyze South-South Health cooperation in Haití **Method:** A qualitative, descriptive, longitudinal and retrospective research was conducted from January 2010 to September 2012. **Results:** A diversity of cooperation and donors modalities with similar actions and projects was observed as well as the creation of national coordination mechanisms in search of harmonization and alignment among actors. Cuban cooperation and its strengthening in the teaching assistance services were evidenced in the period under analysis as well as the increase in the modality of triangular cooperation. **Conclusions:** An increase in the South-South Horizontal and Triangular Cooperation after natural disasters such as the earthquake and the Cholera epidemic was observed. The importance of mechanisms of intergovernmental meetings and Tripartite Commissions, held by the Ministries of Foreign Affairs of the countries involved in the cooperation for a coordination and follow-up of the agreed equity-focus actions and access to health services for the benefit of the Haitian population was also seen.

Key words: Horizontal South-South cooperation**,** official development assistance, integration mechanisms, harmonization, alignment, equity, access to services

---

INTRODUCCIÓN

La República de Haití, está situada en el Mar Caribe, se ubica al oeste de la isla de La Española, con una extensión de 27.700 km2 (40% de la isla), su capital es Puerto Príncipe y la división político administrativa incluye 10 departamentos, 41 distritos, 135 comunas y 565 secciones comunales.

El sistema de gobierno es de república presidencialista, pero en la última década mantiene una inestabilidad política recurrente, agravada por crisis económicas y violencia. Desde 2004, la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH) contribuye a la paz y seguridad. (1)

En 2011, la población estimada era de 10 256 000, el 54.6% en área urbana, el 77.0% vive en la pobreza, la esperanza de vida al nacer 62,5 años, el 48.7% de 15 años y más es alfabeta y de la población rural tiene acceso al agua el 51%.

La tasa de mortalidad general es de 8.8 por cada mil habitantes, la cobertura de inmunización por debajo de 85%, la tasa de incidencia de tuberculosis fue de 142.3 por cada 100.000 habitantes, en riesgo de malaria 99.3% de la población, un porciento elevado de los niños padece desnutrición calórica proteica, y tiene la mayor tasa de prevalencia de VIH/sida en la región. (1,2)

El PIB fue de $7.346 mil millones, el ingreso nacional bruto (US$ per cápita) de 700 y el gasto público en salud el 1.2 % del PIB. Sólo el 30 % de las instituciones de salud son públicas y la mayoría de ellas se encuentran en áreas urbanas. (3)

Se sitúa entre los países de bajo nivel de desarrollo humano, al ocupar el lugar 158 de los 187 países para los que se disponen datos comparables, según informe de Desarrollo Humano 2011 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (4)

Su Sistema de Salud está fragmentado y segmentado, con escasa capacidad rectora del Ministerio de Salud y manifiestas dificultades en el acceso a la red de servicios y medicamentos. También es un país, con un alto grado de vulnerabilidad natural y con una pobre capacidad de respuesta y adaptación sanitaria al cambio climático.

Esta situación se agravó por el terremoto ocurrido el 12 de enero de 2010, de magnitud 6.9 en la escala Richter, el más severo del país en 200 años. (5)

Posterior a este evento natural, la cooperación internacional se incrementó notablemente con diversidad de actores, lo cual puede constituir una ayuda y en ocasiones una dificultad, sobre todo en un país con poca capacidad de respuesta tanto gubernamental como sectorial, por todos los elementos expuestos con anterioridad.

La Cooperación Sur-Sur tiene como antecedente a la reunión realizada del 18 24 de abril de 1955 en Bandung, Indonesia, con el objetivo de favorecer la cooperación económica y cultural afroasiática, en oposición al colonialismo y elneocolonialismo de las antiguas metrópolis y los Estados Unidos, así como a su inclusión dentro del área de influencia exclusiva de la Unión Soviética. Es una reunión sumamente importante para el desarrollo de estos países. Se acordaron una serie de principios que debían guiar las relaciones internacionales de los integrantes del Movimiento de Países No Alineados, los mismos son:

1. Respeto por los derechos fundamentales del hombre y para los fines y principios de la Carta de las Naciones Unidas.
2. Respeto para la soberanía y la integridad territorial de todas las naciones.
3. Reconocimiento de la igualdad de todas las razas y de todas las naciones, grandes y pequeñas.
4. Abstención de intervenciones o interferencia en los asuntos internos de otros países.
5. Respeto al derecho de toda nación a defenderse por sí sola o en colaboración con otros Estados, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas.
6. Abstención de participar en acuerdos de defensa colectiva con vistas a favorecer los intereses particulares de una de las grandes potencias.
7. Abstención por parte de todo país a ejercitar presión sobre otros países.

8. Abstención de actos o de amenaza de agresión y del uso de la fuerza en los cotejos de la integridad territorial o de independencia política de cualquier país.
9. Composición de todas las vertientes internacionales con medios pacíficos, como tratados, conciliaciones, arbitraje o composición judicial, así como también con otros medios pacíficos, según la libre selección de las partes en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas.
10. Promoción del interés y de la cooperación recíproca.
11. Respeto por la justicia y las obligaciones internacionales.
12. Hacer valer las creencias de las distintas culturas internacionales del Movimiento. (6)

En este momento se comienza a hablar de Cooperación Sur-Sur, con un enfoque que va más allá del que sus protagonistas sean países en desarrollo y sus rasgos definitorios tienen que ver con el respeto a determinados principios básicos de funcionamiento. (6)

Una primera identificación de dichos principios se produjo en 1978, coincidiendo con la celebración de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD). En el documento resultante de dicha Conferencia, el denominado Plan de Acción de Buenos Aires (PABA), se expresaba que la CSS era un «proceso consciente, sistemático y políticamente motivado» en el que destacaban: la no interferencia de los países cooperantes en los asuntos de otros Estados; la igualdad entre los asociados; y el respeto por los contenidos locales del desarrollo. (7).

La Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004, define la CSS como «la interacción entre dos o más países en desarrollo que intentan lograr sus objetivos de desarrollo individuales o colectivos mediante intercambios de conocimientos, aptitudes, recursos y conocimientos técnicos». (8)

La CSS en su dimensión técnica, presenta las siguientes modalidades:

- Cooperación Sur-Sur Horizontal (Bilateral entre dos países en desarrollo- y Regional dos o más países en desarrollo en el marco de un esquema de integración o concertación regional-)
- Cooperación Sur-Sur Triangular (entre dos o más países en desarrollo, apoyados financieramente por un donante del norte; un organismo internacional; e incluso por otro socio en desarrollo). (9)

Hace apenas unos años, la Cooperación Triangular (CT) era entendida exclusivamente como aquélla que provenía de la asociación estratégica entre un donante tradicional, un proveedor de cooperación para el desarrollo y un tercer país beneficiario. En la actualidad, los países de renta media (PRM) juegan un rol crucial en la CT, al aportar recursos humanos, experiencias, transferencia de tecnologías y construcción de capacidades. Esto ha permitido a los donantes tradicionales aprovechar las capacidades y potencialidades que ofrece una asociación estratégica con PRM, para canalizar no sólo sus recursos, sino sus experiencias en cooperación, lo cual ha permitido impulsar y multiplicar el potencial de los países en desarrollo, a través de programas triangulares. (10)

El PNUD en documentos sobre enfoques y modalidades de cooperación destaca la CSS como un elemento clave que contribuye a promover las capacidades locales y nacionales para el desarrollo humano y el logro de los objetivos de desarrollo, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La combinación de una colaboración bilateral y regional intra-Sur ampliada, junto con un incremento del apoyo multilateral para la CSS, podría tener beneficios significativos. (11)

El informe de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIG) del año 2008, recoge que la mayoría de los países que participaron activamente en acciones de Cooperación Sur-Sur Horizontal Bilateral impulsaron proyectos en Haití. La mayor parte de estos proyectos (un total de 92) fueron impulsados por dos países: Argentina y Cuba (60% y 25%, respectivamente); el resto de los proyectos (un 15%) fueron impulsados por México, junto a Brasil, Chile y Venezuela (3 en cada uno de los casos). Se impulsaron un total de 21 proyectos de Cooperación Triangular. Dichos proyectos contaron con la participación de Argentina, Brasil (presente en más de la mitad de esos 21 proyectos), Chile, Colombia, Cuba, España, México y Venezuela quienes, en el ejercicio de distintos roles de socios oferentes (técnicos y/o financieros), sumaron sus esfuerzos a los de naciones como Canadá y Francia, así como a los de organismos regionales e internacionales. También plantea
que el impulso a la CSS en América Latina coincidió con el progresivo desplazamiento de la región como receptora de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). (9).

El informe de la SEGIB 2010 ahonda en la visión que los países Iberoamericanos tienen sobre la CSS, en un contexto en el que la crisis internacional hace proveer una reducción de los fondos de ayuda hacia América Latina, el texto (elaborado por los 22 Responsables de Cooperación de la Conferencia Iberoamericana) aboga por el fortalecimiento de modalidades como la CSS y la Triangular. (10)

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), en marzo del 2010, plantea que el desarrollo de Haití en el largo plazo dependerá de su capacidad de movilizar recursos internos, pero para colmar el déficit de recursos se requerirá en gran medida de una ayuda financiera externa y apoyo de la asistencia para el desarrollo. La recuperación del país será por tanto una responsabilidad compartida entre, por un lado, el Gobierno y el pueblo de Haití y, por otro, los asociados para el desarrollo, tanto de países desarrollados como de países en desarrollo. Éste debería consistir en aumentar y mejorar las capacidades del Estado y respetar el sentimiento nacional de apropiación del proceso. Así como una mayor gobernanza y gobernabilidad en el país que permita un clima de transparencia, y participación social. (12).

La voluntad de aunar esfuerzos con énfasis en la solidaridad en pos de la salud y el desarrollo, es un aspecto plasmado en la Declaración de Roma sobre la armonización y en la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, aunque en ellas no se hizo referencia a la CSS, pero en el marco de la Agenda de Acción de Accra (AAA) finalmente esta modalidad de colaboración fue incluida explícitamente en su contenido. (13, 14, 15)

La AAA hace referencia a que la CSS «juega un papel importante en la cooperación para el desarrollo internacional y constituye un valioso complemento de la cooperación Norte-Sur». (16)

América Latina y el Caribe (ALC) conforma la región en desarrollo del planeta con mayor cantidad de organismos y mecanismos regionales y subregionales de cooperación, los cuales laboran de manera constate a favor del desarrollo económico, social y la integración. Este perfeccionamiento en términos de mayor colaboración y complementariedad entre las instancias existentes en ALC constituirá una tangible aportación al objetivo 8 de los ODM (Fomentar una asociación mundial para el desarrollo), se ha considerado que mediante el mismo, el resto de objetivos y metas podrán ser atendidos. (17)

Las prácticas de CSS Horizontal y Triangular, permiten a los donantes, aprovechar sus capacidades y avanzar en responsabilidades compartidas para alcanzar metas comunes. Cuando el terremoto de Haití el 12 de enero de 2010, muchos fueron los países que conforme a sus capacidades prestaron su ayuda, esa ayuda no quedó limitada a la respuesta de emergencia, sino que se acompañó, de la ejecución de proyectos de cooperación que facilitan tanto la reconstrucción del país como su futuro desarrollo.

Las buenas prácticas que de la CSS se deriven deben intensificarse buscando sinergias y enfoques comunes entre los actores, además, debe estar dirigida a generar y fortalecer capacidades y no sólo como una asistencia humanitaria de urgencia. Con un enfoque integrado y coordinado constituye un instrumento poderoso para lograr la equidad. Para una recuperación sostenible, es esencial que la cooperación prevea la transferencia gradual de la responsabilidad al Estado.

La investigación que se realiza puede aportar en la comprensión de la Cooperación Sur-Sur en salud en Haití, producir conocimientos y las prácticas que de esa cooperación se deriven, puede contribuir al desarrollo de ese país y a la definición de políticas públicas, sanitarias y sociales enfocadas a mejorar la calidad de vida de la población, con base en las determinantes sociales como elementos fundamentales en su abordaje.

Por tal motivo es que nos proponemos con esta investigación conocer sobre la Cooperación Sur-Sur en salud en Haití, con la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo puede contribuir la Cooperación Sur-Sur a mejorar la salud y la equidad en el acceso a los servicios en Haití? y las consecuentes preguntas generadoras:

1. ¿Cómo se desarrolla la Cooperación Sur-Sur en salud, después del terremoto, y quiénes son los donantes?
2. ¿Cómo se comporta la armonización y la alineación de los actores de ésta cooperación?

METODOS

Se realizó una investigación cualitativa, de tipo descriptiva, longitudinal y retrospectiva que permitió determinar el estado de la Cooperación Sur-Sur en salud en Haití, desde enero de 2010 hasta septiembre de 2012.

Se realizó revisión documental y se identificaron categorías de estudio, las cuales fueron:

- Modalidades de Cooperación Sur-Sur:

- Cooperación Sur-Sur Horizontal (Bilateral entre dos países en desarrollo- y Regional dos o más países en desarrollo en el marco de un esquema de integración o concertación regional-)
- Cooperación Sur-Sur Triangular (entre dos o más países en desarrollo, apoyados financieramente por un donante del norte; un organismo internacional; e incluso por otro socio en desarrollo).

En el estudio se tuvo en cuenta todas las variantes de Cooperación Sur-Sur Triangular en la cual Haití es el país receptor.

Variante 1: En el marco de un Programa de Cooperación con Fondo Financiación.

Variante 2: En el marco de Comisiones Mixtas y Acuerdos Interinstitucionales.

Variante 3: En el marco de un Programa de Cooperación a través de un Memorándum de Entendimiento.

Variante 4: En el marco de un Acuerdo Tripartito

Variante 5: Participan cuatro cooperantes, a través de Acuerdos o Convenios.

- Países donantes, Organismos Regionales e Internacionales, Agencias Financieras Internacionales, Instituciones y Organismo Multilaterales, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y otros, los cuales han desarrollado acciones y proyectos de cooperación en salud en Haití después del terremoto.

Se analizaron los informes del Comité Conjunto de Coordinación de Implementación y Seguimiento de la Cooperación Internacional al Desarrollo, de las Mesas Sectoriales de coordinación y de las Comisiones Tripartitas.

Categorías de análisis

- Se consideró armonización cuando se logra reducir la descoordinación de donantes en sus acciones y proyectos de cooperación.

- Se consideró alineación la adaptación de las acciones y proyectos de cooperación acorde a las prioridades identificadas por el Gobierno y el Ministerio de Salud de Haití.

También se realizó entrevistas semi estructuradas a actores claves nacionales e internacionales, que se consideró necesario, para completar la información obtenida.

Para la recolección de los datos se utilizaron fuentes documentales de la Unidad Central de Cooperación Médica (UCCM) en Cuba. Se tuvo en cuenta que los documentos que se utilizaron y las valoraciones que se realizaron cumplan con los principios de ética, al ser datos oficiales.

Se realizó análisis de los acuerdos y tratados internacionales firmados entre los países. Así como de los documentos internacionales que establecen la Eficacia de la Ayuda,

dentro de ellos: La Declaración de Paris sobre Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, firmada por los Ministros de países desarrollados y en desarrollo, durante el segundo Foro de Alto Nivel efectuado en París del 28 de febrero al 2 de marzo de 2005, Foro de Alto Nivel sobre Armonización en Roma (febrero de 2003) lo que incrementa el impacto de la ayuda para reducir la pobreza y la desigualdad, acelerando el crecimiento y agilizando el cumplimiento de los ODM y el Programa de Acción de Accra, establecido durante el tercer Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, en el cual los países en desarrollo y los países donantes, junto con los directores de instituciones multilaterales y bilaterales de desarrollo, suscribieron la Declaración de Accra, (Ghana, septiembre de 2008), con el objetivo de acelerar y profundizar la aplicación de la Declaración de París.

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La investigación se centró en el periodo comprendido desde Enero 2010 hasta septiembre 2012, teniendo como elemento distintivo el terremoto ocurrido en Haití el 12 de enero del año 2010, con una magnitud de 7,2 grados, catalogado como el más fuerte registrado en la zona desde 1770.

Los efectos causados sobre este país, el más pobre de América Latina, fueron devastadores, el número de muertos excedió los 200.000. Los datos definitivos de los afectados fue dada a conocer por el primer ministro Jean-Max Belleriveen el primer aniversario del sismo, el 12 de enero de 2011, conociéndose que en el sismo fallecieron 316.000 personas, 350.000 más quedaron heridas, y más de 1,5 millones se quedaron sin hogar.[] Se considera una de las catástrofes humanitarias más graves de la historia. (21)

La respuesta de la comunidad internacional ante este evento fue inmediata tanto en especies, asistencia técnica como logística, con la movilización de un volumen masivo de recursos para prestar servicios de salud esenciales necesitados con urgencia.

En el Informe anual de la Secretaria General de Iberoamérica se recogen datos significativos, relacionados con los países y las acciones concretas realizadas, dentro de ellos:

Argentina: Medicamentos, agua, alimentos, plantas potabilizadoras, carpas, asistencia médica a partir activación Hospital Militar Reubicable de las Fuerzas Armadas en la MINUSTAH, apoyo aviones para traslado ayuda procedente de Paraguay.

Bolivia: Insumos médicos y hemoderivados y asistencia médica.

Brasil: 500 toneladas de alimentos y agua; equipamiento rescate; hospitales de campaña, apoyo a vuelos y buques para traslado; envío de personal médico y de bomberos para apoyo rescate.

Chile: Medicamentos, alimentos, agua, carpas, equipos purificadores, material higiénico-sanitario.

Colombia: 3.202 toneladas de alimentos y 372.552 litros de agua potable, apoyo en tareas varias (búsqueda y rescate, salud; evaluación de riesgos y de edificaciones y adecuación de infraestructura)

Costa Rica: Brigada de 60 funcionarios para búsqueda y rescate en espacios reducidos.

Cuba: 10 toneladas de alimentos, insumos médicos y agua; bolsas de suero y plasma; 2 hospitales de campaña y activación de las Brigadas Médicas que Cuba mantiene en el país.

Ecuador: 450 toneladas de productos (enlatados, agua pura embotellada, artículos de aseo y limpieza); 12 toneladas de insumos médicos y alimentos, 38 especialistas en búsqueda y rescate; 36 profesionales de la salud; 1 técnico de riesgos.

El Salvador: Entrega de 6.633 medicamentos; 1.200 colchonetas, 1.000 frazadas, 119 cajas de sardinas, 3.285 cajas de Incaparina, 70 tiendas de campaña y 98 fardos de agua. El Cuerpo de Bomberos realizó tareas de búsqueda y rescate de víctimas; se prestó asistencia aérea y médica.

Guatemala: Medicamentos, agua, alimentos, carpas, artículos de necesidad. Envío de bomberos y militares para apoyo tareas rescate.

México: 15.000 toneladas de suministros (alimentos, agua, medicinas, artículos higiene personal); 51.627 tiendas de campaña 2 cocinas comunitarias; envío de 1.300 profesionales (médicos, rescatistas, ingenieros); asistencia en vuelos y buques.

Nicaragua: Alimentos, envío de una Unidad Humanitaria de Rescate; equipo de búsqueda, salvamento y rescate y atención médica.

Panamá: Leche en envases tetrapack, habilitó un aeropuerto como Centro para Operaciones de Emergencia para que los países de la región hicieran acopio y prestaron asistencia a Haití.

Paraguay: 400 frazadas; 591 kits de alimentos; 3.000 chapas de zinc; 2 kits medicamentos e insumos hospital; 4 carpas negras 2 especialistas en desastres y rescate; 1 en Logística de Emergencia; 2 Cirujanos-traumatólogos; 8 rescatistas; 1 personal de seguridad.

Perú: 1.795 cajas de conservas de pescado (12,5 t)

República Dominicana: Medicamentos, alimentos, agua, ropa, generadores

Eléctricos, activación de servicios dominicanos (comedores, hospitales, servicios de vacunación) para atender a población haitiana.

Uruguay: Envío de 2 Unidades Potabilizadoras de Agua (UPA), envío de varios funcionarios para instalación, puesta en marcha y capacitación operarios y revisión funcionamiento UPA.

Venezuela: 5.500 toneladas de alimentos, medicamentos, agua, productos quirúrgicos, combustible. Envío de bomberos, profesionales médicos y otros para apoyo tareas rescate y asistencia médica. (19)

La cooperación se tradujo también, en importantes desembolsos de dinero, por ejemplo, las plantas potabilizadoras que envió Uruguay costaron cerca de 175.000 dólares; el apoyo logístico de Ecuador superó los 400.000, y los envíos en especie de Panamá ascendieron a 1 millón. En el caso de República Dominicana, los servicios prestados a cargo de su sector público fueron de 21.254.800 dólares. (19)

La solidaridad no se limitó a la emergencia del terremoto, fue de nuevo requerida en octubre de 2010, cuando la epidemia de cólera vino a complicar la ya grave situación de Haití, los países volvieron a responder positivamente (Cuba, Ecuador y México enviaron suministros médicos y nuevo apoyo sanitario). Según el informe de la SEGIB 2011, a lo largo de 2010, el compromiso hacia Haití se complementó con el impulso de proyectos de Cooperación Horizontal Sur-Sur Bilateral, que, perseguían un doble objetivo: facilitar la Reconstrucción del país y seguir trabajando para promover el Desarrollo. (19)

La Organización Panamericana de la Salud realizó una publicación en el año 2012, titutala «La Respuesta de Slaud al Terremoto de Haií Enero 2010. Enseñanzas que deben aprenderse para el próximo desastre repentino de gran magnitud». En la misma se realizó un análisis retrospectivo de todo lo ocurrido y presenta las lecciones que se deben aprender de Haití con el objetivo de mejorar la respuesta del sector salud a un desastre repentino de gran magnitud en el futuro.

Identifica además, las oportunidades que trajo el desastre para hacer cambios significativos en los servicios de salud en Haití, reforzando una vez más que la teoría que «las crisis pueden constituir oportunidades de cambio».

Una de las lecciones principales de esta tragedia, es que la coordinación solo puede ser efectiva cuando las autoridades nacionales cuentan con los recursos para asumir el liderazgo y establecer prioridades de socorro y recuperación.

"Una de las principales enseñanzas que pueden extraerse de nuevo del terremoto de Haití es que la coordinación solo puede ser eficaz si las autoridades nacionales (la Dirección de Protección Civil, el Ministerio de Salud y Población y otros ministerios sectoriales) cuentan con los recursos necesarios y asumen verdaderamente el liderazgo definitivo y la autoridad de coordinación", afirmó la doctora Mirta Roses, Directora de la OPS, en el prólogo del informe.(23)

Una deficiencia fundamental de la respuesta identificada fue; la falta de intercambio de información entre diferentes proveedores de atención. Esto ocasionó fallas en la atención de seguimiento de los pacientes quirúrgicos, incluso de los amputados, y pérdida de oportunidades de atención especializada para las víctimas del terremoto. Por ejemplo, un centro de diálisis establecido para tratar a víctimas con lesiones por aplastamiento funcionó a solo 20 por ciento de su capacidad porque otros proveedores de atención ignoraban que existía. En el informe se recomienda que la recopilación y

diseminación de una lista de establecimientos de salud y de los servicios que proporcionan debe ser una de las primeras prioridades en cualquier desastre futuro.

Entre otras lecciones y recomendaciones en el informe se encuentran las siguientes:

- El fortalecimiento de la capacidad local de búsqueda y rescate debe ser una prioridad de los preparativos para casos de desastre.
- El sistema de "grupos de acción", en el cual diferentes organismos de las Naciones Unidas asumen la principal responsabilidad de diferentes campos (salud, abastecimiento de agua y saneamiento, logística), debe alinearse con la estructura ministerial del gobierno anfitrión y basarse en un acuerdo oficial suscrito antes de cualquier desastre.
- El manejo de los cadáveres, incluso la identificación y el entierro respetuoso, sigue siendo un asunto fundamental que pocas organizaciones humanitarias están en condiciones de abordar.
- Aunque algunos medicamentos donados llegaron sin etiquetas, caducados, o sin clasificar, al parecer, las donaciones de medicamentos en general se ciñeron más a las directrices de la OMS que en desastres anteriores.
- La práctica de "sonsacar" personal sanitario nacional con ofertas de mayores sueldos y mejores condiciones hechas por grupos extranjeros fue un problema en Haití, al igual que en otros desastres. Algunos grupos adoptaron las directrices del Ministerio de Salud y Población para el pago de los funcionarios públicos haitianos por los actores internacionales, pero la mayoría las pasó por alto.
- Las relaciones de los actores de salud con los medios de comunicación parecieron centrarse más en relaciones públicas que en información y educación del público. La incorporación de periodistas en misiones de evaluación de necesidades y prácticas similares podrían beneficiar la población afectada al destacar mejor la respuesta local.
- Los medios de comunicación exageraron la importancia de algunos incidentes de indisciplina durante la distribución de suministros y una vez más se comprobó que la idea de que los desastres producen desorden social y violencia es un mito.
- Además de las deficiencias en la respuesta, el informe destaca varios éxitos. Un ejemplo fue el despliegue del sistema de apoyo logístico/sistema de manejo de suministros humanitarios (LSS/SUMA) de la OPS/OMS, que proporcionó información fundamental y fue uno de los pocos instrumentos internacionales administrado directamente por las autoridades nacionales. (23)

La cooperación cubana

Para Cuba, un evento natural fue el detonante para el inicio de la Cooperación Médica en Haití: Los huracanes George y Mitch en el año 1998 en el Caribe, los cuales tuvieron serios efectos sobre la salud de las poblaciones de todos los países afectados.

El 4 de diciembre de ese año, a solicitud del Gobierno haitiano se inicio la cooperación médica solidaria, teniendo su máxima expresión en momentos de emergencia ocasionados por desastres naturales.

La cooperación no ha sido sólo una asistencia humanitaria de urgencia, en todo momento ha estado presente la intención de contribuir a la creación de un sistema de

atención sanitaria autosustentable, no solo se transfiere recursos humanos y tecnologías, sino, también se trabaja en la preparación del personal médico y de asistencia que cumplirá esas misiones.

Desde sus inicios hasta la fecha se han atendido más de 18 millones 254 mil 145 casos, lo que representa casi el doble de la población total del país, destacándose la atención en el año 2010, en que se atendieron las víctimas del terremoto, y desde finales de ese año y el primer semestre de 2011 en que se atendieron los pacientes afectados por la epidemia de cólera, momentos en los que la cifra de colaboradores cubanos en el campo de la salud se incrementó significativamente con la incorporación a la misma de integrantes del Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias "Henry Reeve". (18)

A lo largo del año 2010, se ejecutaron en Haití un total de 48 Proyectos de Cooperación Horizontal Sur-Sur Bilateral. Los principales oferentes fueron Brasil y Cuba, con 22 y 19 proyectos respectivamente, les siguieron México con 5 y Chile con 2 proyectos. La ejecución de los mismos requirió de fuertes desembolsos económicos. (24)

Cuando ocurrió el terremoto, la BMC, incorporó médicos de 27 países egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), formando parte del Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias "Henry Reeve". (25)

Las modalidades de cooperación con este país no es solo **bilateral Cuba-Haití,** donde un programa de significativo impacto, es la Operación Milagro, que ha devuelto o mejorado la visión a más de 54 mil 305 pacientes de los que, 14 mil 642 han sido operados de cataratas y 33 mil 471 de pterigium. En el año 2011 se realizaron 3 mil 178 intervenciones quirúrgicas por el Programa de la Operación Milagro.

Sino también otras como es la **Cooperación Sur-Sur Triangular Brasil-Cuba-Haití.** Cuba con el apoyo financiero de Brasil, y la rectoría del Ministerio de Salud haitiano, puso en marcha el Programa para la Reconstrucción y el Fortalecimiento del Sistema de Salud de Haití, el que concibe la remodelación y equipamiento de instituciones sanitarias, que actualmente abarca 23 Hospitales Comunitarios de Referencia, 30 Salas de Rehabilitación, 9 Centros de Salud con camas y sin camas, 2 Centros Oftalmológicos, Taller Nacional de Electromedicina, y Base de Aseguramiento Logístico.

A través de esta, también se realiza la formación de recursos humanos, dentro de ellos están graduados 58 Agentes Comunitarios de Salud, 32 egresados de un Curso Básico de Electromedicina y 320 Agentes Comunitarios de Salud polivalentes.

La cooperación española combinó la respuesta bilateral con otras realizadas a través de triangulación. A través del Proyecto de España con Cuba para el Fortalecimiento de las capacidades del sistema de salud de Haití, con un aporte económico de 1.326.800 USD.

Triangulación Cuba - Noruega Haití, desde el 2010 desarrollan proyectos los cuales suman 2,5 millones de dólares. El 12 de julio de 2012 ambos países firmaron un tercer documento por un monto de 800 mil dólares, cuyo objetivo es la sostenibilidad y permanencia de los servicios médicos cubanos en esa nación caribeña y el desarrollo

de la estructura sanitaria en el departamento del sur de Haití. Además, permitió a los médicos cubanos enfrentar la epidemia del cólera con los insumos y medicamentos necesarios, incluso en zonas donde no existían servicios médicos.

En el marco de los procesos de integración Regional, entre Venezuela, Haití y Cuba, a través de la Alianza Bolivariana para los pueblos de América (ALBA) se conformó una cooperación para lo cual el gobierno bolivariano otorgó a Haití, un fondo de ayuda humanitaria de 20 millones de dólares para proyectos de salud, educación, electricidad, agua potable, seguridad alimenticia y combustible.

Como principales logros se encuentran, la creación de 10 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), que con la Implementación del Programa de Reconstrucción y Fortalecimiento cambiaron su nomenclatura, convirtiéndose en Hospitales Comunitarios de Referencia (HCR). La aplicación de esta nueva estructura y equipamiento permite una mejor utilización de los recursos humanos y un resultado eficiente de los procesos asistenciales, docentes e investigativos. El 68% (1 millón, 98 mil 313 pacientes) de los casos asistidos por la BMC fueron atendidos en los HCR. (18, 24)

Además existen convenios firmados entre Cuba-Haití y la Agencia de Cooperación al Desarrollo de Australia (AusAID), la ONG Agro Acción Alemana. También Con Organismos Internacionales, ONGs y otros donantes, los cuales han contribuido al fortalecimiento del sistema de salud de este país y a la sostenibilidad financiera en el enfrentamiento a la epidemia del cólera, cuyo valor asciende a 1 millón 271 mil 437 USD.

Los Organismos Internacionales involucrados en estas acciones son:

- PROMESS (en materia de distribución de medicamentos esenciales)
- Instituciones del Sistema de las Naciones Unidas: OPS/OMS, PNUD, Fondo para la Infancia (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Organización Internacional de Migraciones.

Las Organizaciones No Gubernamentales que ofrecieron apoyo a la BMC fueron: Médicos sin Fronteras, Global Link, Cruz Roja, Concern, Caritas, Welthungerhilfe de Alemania, Charite Institución.

Otros donantes tenemos a la Embajada de la República de Panamá, la Iglesia Católica de República Dominicana, personas naturales haitianas y brasileñas.

Además hay otros actores han contribuido con la BMC en diversas esferas, como es en apoyo logístico, alimentos y otras ayudas, como son: la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH), PMA, Embajadas de las Repúblicas Bolivariana de Venezuela, Chile y Panamá. (18, 24)

Tras el terremoto de 2010, la Red de la Ayuda Humanitaria apoyó la asistencia inicial y recuperación los servicios de salud más esenciales, como la atención primaria de salud y los consultorios móviles, los hospitales y la atención traumatológica, el sistema de derivación, la gestión de la información sanitaria, la salud mental y el apoyo psicosocial, las discapacidades, los suministros médicos y la alerta temprana ante enfermedades transmisibles. Se generó una red de más de 390 entidades nacionales e

internacionales, cuyo apoyo fue fundamental para garantizar el acceso de la población a la atención de salud. (18)

Con todo lo anterior también podemos tener lecciones aprendidas para la comunidad internacional, dentro de estas:

- El reconocimiento internacional de los principios solidarios y no injerencistas de la presencia de la Brigada Médica Cubana en Haití, por constituir un núcleo articulados entre múltiples donantes en este país.
- El reconocimiento del gobierno y autoridades de salud haitianas al trabajo de la Brigada Médica que facilitan el desarrollo de las acciones.
- El aumento de las capacidades nacionales en el sistema de salud haitiano que permite la viabilidad de las diferentes acciones, con mayor transparencia, responsabilidad y participación ciudadana en las mismas.

Comportamiento de la armonización y la alineación de los diferentes actores

En mucha literatura se aborda la debilidad institucional existente en Haití, todas las situaciones de crisis vivida con los desastres naturales y epidemias sufridas en los dos últimos años, como un elemento positivo y consecuencia de lo anterior es la evidente recuperación del papel del Estado, como institución central de un país.

En la actualidad, el gobierno haitiano cuenta con una iniciativa de coordinación y articulación de la cooperación, coordinada por el Secretariado Técnico de la Coordinación de la Cooperación Externa y del partenariado el cual está 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 dispuso también la creación de un Comité Conjunto de Coordinación Estratégica (CCCS, en sus siglas en francés), 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.

Está también la coordinación interministerial, la cual se realiza por el "Comité Interministerial de Seguimiento", presidido por el Ministro de Planificación y Cooperación Externa. Además la cooperación triangular tiene mecanismos de evaluación denominados «Comisiones Tripartitas», durante las cuales se adoptan acuerdos, que garantizan el seguimiento de las actividades previstas.

Estas estructuras de la cooperación internacional del Gobierno haitiano se complementan a través de dos mecanismos:

- Uno estratégico, que ejecuta el "Comité Conjunto de Coordinación de Implementación y Seguimiento de la Cooperación Internacional al Desarrollo.
- Otro ejecutivo, a través de las "Mesas Sectoriales» de coordinación, que permite a los diferentes Ministerios incluir a todos los socios estratégicos en el proceso de ejecución, permitiendo socializar la experiencia adquirida en el

marco de cada sector y contar con el apoyo técnico y logístico de los donantes. (25)

Por supuesto que aun estas estructuras tienen debilidades, pero constituyen un paso de avance hacia la gobernabilidad y estabilidad en este país, con un reconocimiento internacional que las fortalece

La definición de áreas estratégicas y de prioridades para el Ministerio de Salud es otro elemento fundamental que apoya el proceso de alineación de la cooperación internacional, dentro de estas:

ü La vigilancia epidemiológica como elemento prioritario. Dentro de esta se han fortalecido los sistemas de vigilancia para enfermedades prevenibles por vacunación, VIH/sida, malaria y tuberculosis. Existen 71 centros centinelas que reportan semanalmente datos con respecto a 23 enfermedades transmisibles. En el caso de brotes de mayor complejidad o magnitud, se trabaja en conjunto con la División de Epidemiológica, OPS/OMS y otros organismos asociados. (1)

- Desarrollo de un programa de Respuesta ante Emergencias y Desastres. Reducción de vulnerabilidades. En el marco de este, Argentina y Cuba aprovecharon sus capacidades en Haití para activarlas y ponerlas al servicio de la emergencia.

En concreto, Argentina puso su Hospital Militar Reubicable (destinado a las Fuerzas Armadas argentina que integran la MINUSTAH) al servicio de la población damnificada; asimismo, Cuba movilizó a los integrantes de la BMC que ya tenía en el país para atender a su cooperación en salud, así como a los médicos y estudiantes haitianos formados en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de La Habana.

República Dominicana en las regiones fronterizas, compartió sus servicios básicos con los damnificados haitianos (atención hospitalaria básica, campañas de vacunación, almacenamiento y distribución de medicinas), la alimentación (habilitación de comedores públicos) e incluso, en ocasiones, el suministro de agua y energía.

- Desarrollo de los Recursos Humanos.
- Mejoramiento de la calidad de vida de la población. Con impacto en los indicadores de salud.
- Lucha contra las enfermedades prevalentes (VIH sida, Tuberculosos, Malaria) y las olvidadas.
- Fortalecimiento de la infraestructura y de la red de servicios.
- Mejoría en el acceso a los servicios y medicamentos.
- Incremento de la participación ciudadana. (18)

Estas precisiones resultan de gran significación ya que permiten a los donantes conocer las principales líneas de acción y trabajo, estas son seguidas y evaluadas a través de las estructuras de gobierno que permiten redireccionar el trabajo.

Por supuesto que aún queda mucho por avanzar en el mejoramiento de estas capacidades, pero constituye un elemento crucial el hecho de que si los donantes se enfocan en estas definiciones, las respetan y actúan coordinadamente entre ellos se apreciarán importantes resultados en un futuro a mediano y largo plazo, los que podrán ser evidenciados en los indicadores de salud de la población haitiana.

CONCLUSIONES

La Cooperación existente en Haití es amplia, diversa y heterogénea, confluyen múltiples actores: países en desarrollo y países desarrollados, organismos globales, regionales y subregionales, organismos No gubernamentales y otros.

Se apreció un incremento notable de la Cooperación Sur-Sur Horizontal y Triangular en Haití posterior a los desastres naturales: terremoto y epidemia de cólera.

La existencia de un espacio institucional para el análisis y seguimiento a la cooperación como es el Comité Conjunto de Coordinación de Implementación y Seguimiento de la Cooperación Internacional al Desarrollo y las Mesas Sectoriales de coordinación, facilitan un enfoque integrado y coordinado de la Cooperación Sur-Sur Horizontal y Triangular.

Los mecanismos de reuniones mixtas intergubernamentales y Comisiones Tripartitas, regidas por los Ministerios de Relaciones Exteriores de los países involucrados en la cooperación, permiten una coordinación y seguimiento a las acciones acordadas.

La Cooperación Sur-Sur Horizontal y Triangular con un enfoque integrado y coordinado junto a las autoridades nacionales constituye un instrumento poderoso para lograr la equidad y el acceso a los servicios a la salud en beneficio de la población haitiana. La recuperación del sistema de salud, debe ser una responsabilidad compartida entre Haití y sus cooperantes.

RECOMENDACIONES

Promover la divulgación de resultados exitosos y buenas prácticas derivadas de la Cooperación Sur-Sur, como complemento al esfuerzo de Haití para alcanzar sus objetivos de desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No 636 Ed 2012. p 136.

2. OPS/OMS. Situación de Salud de las Américas. Indicadores básicos 2012.

3. Organización Mundial de la Salud. Indicadores del Banco Mundial. Disponible en internet URL: www.who.int/nha/en.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP . Sitio Consultado: 21de enero 2012.

4. Organización Mundial de la Salud. Informe de Desarrollo Humano. Disponible en internet: *www.who.int/nha/en* Informe desarrollo humano 2011. Sitio Consultado 21 de enero 2012.

5. El País Internacional. Un fuerte terremoto reduce a escombros la capital del país. Disponible en internet URL: http://internacional.elpais.com/internacional/2010/01/12/actualidad/1263250811_850215.html. Sitio consultado: 20 de diciembre 2012.

6. Más Historia. Conferencia de Bandung. Disponible en internet URL: http://mas-historia.blogspot.com/2011/07/conferencia-de-bandung.html . Sito consultado 21 de diciembre 2012.

7. Plan Acción de Buenos Aires. Disponible en internet URL: http://w.ww.iberoamericaporhaiti.com /index.php/es/component/content/article/59.html Sitio consultado: 2 de septiembre 2012.

8. Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Fondo de Población de las Naciones Unidas Informe sobre la aplicación de la CSS (DP/2004/26). (2004)

9. SEGIB, Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica, pág. 10, 40 y 41. Madrid, 2009.

10. SEGIB, Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica, pág. 10, 40 y Madrid, 2010

11. PNUD Centro Regional América Latina y el Caribe. Nota Preliminar Cooperación Sur- Sur. Área Práctica de Género, octubre 2009

12. Resúmenes de la UNCTAD. «La reconstrucción de Haití: Un nuevo enfoque de la cooperación internacional». N° 13, marzo de 2010

13. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007.

14. Declaración de Roma sobre la armonización (2003), Italia, Roma, 25 de febrero de 2003.

15. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo (2005), París, 2 de febrero-2 de marzo, 2005.

16. Programa de Acción de ACCRA (2008), Ghana, 4 de septiembre de 2008.

17. Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago 2005.

18. Unidad Central de Colaboración Médica. Informe Estadísticos de la Misión Médica Cubana en Haití. Enero 2010-Septiembre 2012.

19. SEGIB, Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica, pág. 10, 40 y 41. Madrid, 2011.

20. Modelo Conceptual del Programa de Lideres de Salud Internacional. Edmundo Granda Ugalde. Cohorte 2012.

21. Consejo de Derechos Humanos, 11º período de sesiones, tema 3 de la agenda, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Anand Grover, (A/HRC/11/12), 31 de marzo de 2009, pag.5.

22. Informe de la OPS/OMS sobre la ayuda a Haití pone de manifiesto la falta de coordinación. Disponible en internet: http://www.actualidadhumanitaria.com /index.php?option=com_content&view=article&id=446:informe-ops-haiti&catid=4:noticias -internacional&Itemid=16**.** Sitio consultado: 20 de diciembre 2012.

23. Respuesta de salud al terremoto de Haití, enero 2010. Lecciones que se deben aprender para el próximo desastre de gran magnitud. Disponible en internet: http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id =1626&Itemid=1. Sitio consultado: 20 de diciembre 2012.

24. MINSAP. UCCM. Anuario 2011. Vol I, No 1 p 17- 19.

25. *Dominguez C. Ceruto J.* Cooperación Internacional para el Desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención Primaria de Salud (APS) en Haití. Revista cubana de Salud Internacional 2011; 2(2): 75.