

La salud y el terremoto en Haití

Pedro L. Castellanos (IDESARROLO)¹



Fotografía: ---

¿De cuál salud hablamos?

La salud, a nivel personal, es un estado óptimo de bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de enfermedades o discapacidades, reza la ya clásica definición de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada desde su fundación en 1946 (Organización Mundial de la Salud, 2006).

¹ Instituto Dominicano para el Desarrollo Social. Santo Domingo, República Dominicana. castellanos_pedro@yahoo.com

Esta noción de que la salud de las personas está vinculada a su bienestar conlleva a asumir, cuando nos referimos a la salud de poblaciones, que la situación de salud es una expresión de la calidad de vida de los colectivos humanos. Continuando este abordaje, hace pocos años la OMS destacó que la situación de salud de poblaciones, y más específicamente las desigualdades e inequidades en esta situación de salud, es socialmente determinada. Considero así mismo, que las desigualdades e inequidades sociales en salud constituyen el más importante problema de salud actual de la humanidad y llamo a eliminar estas desigualdades sociales y desarrollar un conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que, según su apreciación, permitirían conseguirlo en el transcurso de una generación. Este programa, propuesto por la OMS, incluye tres conjuntos de intervenciones: a) mejorar la calidad de vida de las poblaciones (“las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece”); b) lograr una mejor distribución social del poder, del dinero y los recursos (“los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida a nivel mundial, nacional y local”); c) acciones orientadas a una mejor gestión, y al monitoreo y evaluación (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En palabras de este organismo internacional: “... *Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando éstas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables. Eso es lo que denominamos inequidad sanitaria. Corregir esas desigualdades -las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen dentro de cada país y entre los países- es una cuestión de justicia social. Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud (en adelante la Comisión) reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas*” (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Más aún, “...Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud -el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan- es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura, terriblemente elevados, se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan

y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política” (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Podría pensarse que estas afirmaciones de la OMS son discursos dirigidos a los países pobres. La realidad es que, mucho antes que fuera formulado este informe, ya Inglaterra, España, Alemania, Suecia, Canadá y varios otros países considerados desarrollados, habían producido informes nacionales en este tenor y habían adoptado políticas de protección social de cobertura universal. Precisamente, la OMS asume estas orientaciones porque la mayoría de los países y centros académicos más influyentes en su seno así lo promovieron.

La problemática de salud y calidad de vida no comenzó con el terremoto.

No cabe duda que el terremoto ocurrido el 12 de enero del presente año produjo graves daños a la calidad de vida, a la salud y al sistema de servicios de salud, y una crisis humanitaria de grandes proporciones, pero la grave problemática de salud en Haití no comenzó con el terremoto y, a menos que en lugar de reconstruir se aproveche la oportunidad para transformar la sociedad haitiana, lo más probable es que tampoco terminará con la que se espera sea enorme contribución internacional post terremoto.

Origen histórico del deterioro de la calidad de vida.

Nos hemos acostumbrado tanto a la situación de pobreza en Haití (el más pobre del continente y uno de los más pobres del mundo), que nos cuesta imaginar y reconocer que no siempre fue así. Para tomar un punto de referencia histórico, podríamos recordar que este país producía en 1791 unas 89,000 toneladas de azúcar por año, más que Jamaica, Cuba y Barbados juntos en la misma época (Britto Garcia, 2010). En 1801, cuando se declararon independientes de Europa (primero en América Latina y el Caribe), y proclamaron la abolición de la esclavitud (primer país en hacerlo a nivel mundial), Francia les hizo pagar muy cara la osadía con la invasión de 40,000 soldados del ejército de Napoleón, con el claro propósito de reimplantar la esclavitud. Como este ejército fuera

derrotado después de cruentas y destructivas luchas, en 1826, le fue impuesto pagar una indemnización a Francia de 150 millones de francos oro, a cambio de reconocer su independencia (equivalentes a US\$ 21 mil millones en 2003, cuando el Presidente Aristide, antes de ser derrocado, reclamó a Francia su devolución). Más aún, como en medio de la destrucción producida por la guerra, la deuda no podía ser saldada, en 1915 fue nuevamente invadido, ahora por los Estados Unidos de Norteamérica (USA), quienes permanecieron manejando el país hasta 1934 (Britto Garcia, 2010).

En ese periodo, bajo la ocupación militar extranjera, el Citi Bank asumió funciones de Banco Central, asegurándose así que los haitianos pagaran la deuda, que ahora era con los USA. Éstos la habían comprado a Francia, y entonces el país fue gravemente afectado en sus recursos naturales y en la calidad de vida de sus habitantes. Se privatizó la tierra y los bosques. Para 1925 estaban destruidos el 60% de los bosques; hoy, esa destrucción llega al 90% (Haití fue durante el siglo XVII y XIX uno de los primeros exportadores de madera preciosa en el mundo). Al mismo tiempo, la educación privatizada se traducía en 52% de analfabetismo, la mortalidad infantil era cercana a los 200 infantes muertos por cada 1000 nacidos vivos, se abolió el derecho de huelga, los salarios se ajustaron a 1 dólar y medio diario, el 70% de las exportaciones se dirigieron al mercado de USA y las ganancias de los “inversionistas” llegaron a 500 % anual. Dos islas (Cayemite y La Tortuga) fueron desmembradas, la sangre se convirtió en una mercancía que se compraba a US\$ 3 el litro, para revenderla en el mercado internacional a US\$ 25. La resistencia de la población pagó con 30,000 muertos o desaparecidos (Britto Garcia, 2010).

Desde entonces, Haití ha sido un pueblo empobrecido y condenado a la miseria. Al terminar la ocupación extranjera, una élite nacional, francamente minoritaria, desarrollada bajo su amparo, capturó el frágil estado, las pugnas en el seno de esta élite y entre ellas -las mayorías empobrecidas- se tradujeron en una alta inestabilidad política y social y en la instauración de regímenes dictatoriales y embrutecedores. Repetidas invasiones militares internacionales han sido “justificadas” por esta conflictividad social y política.

En los últimos años, en sectores de la opinión pública norteamericana, circulan informaciones según las cuales el subsuelo haitiano podría tener importantes riquezas minerales (Mc Kinney, 2010). Pero la realidad es que alrededor del 2007, el 70% de la población vivía en condiciones de pobreza, el 46% de las familias tenía una sola habitación para dormir, mientras que el 31,4% de las familias tenía más de siete miembros (Organización Panamericana de la Salud. Haití., 2007). Para el 2005, el Índice de Desarrollo Humano (0.529) representaba el lugar N° 146, entre los 177 países estudiados, con una Esperanza de vida al Nacer de 59.5 años, un PIB per capital de US\$ (PPA) 1,663 (R. Dominicana 8,217) y un Índice de Pobreza Humana de 35,4 (74° mundial) (PNUD, 2007).

Algunos indicadores de salud previos al terremoto.

Antes del terremoto, la población de Haití ya tenía una situación de salud entre las más pobres del continente. El analfabetismo en adultos era del 37.9 %, la Esperanza de Vida al Nacer era la más baja de Centroamérica y el Caribe; y su mortalidad materna, mortalidad infantil en menores de 5 años, las más altas. La incidencia anual de Tuberculosis se estimaba en 147.8 casos nuevos por cada 100,000 habitantes; también ocurrieron 23,452 casos de malaria en el 2008. Cada año fallecieron unos 138,000 menores de 5 años y 670 embarazadas (Organización Panamericana de la Salud. Haití., 2007).

Tabla 1

Indicadores de Salud Seleccionados. Centroamérica, Haití y República Dominicana para el año 2008

País	Habitantes	Natalidad	Fecundidad	Esperanza de Vida al Nacer	Mortalidad Materna	Mortalidad Infantil	Mortalidad >5 A.
	Millones	X 100° H	T, Global		X 100,000 Nv	X 100 Nv	X 1000 Nv
Haití	9.751	23.2	3.5	61.3	630.0	57.0	48.0
República Dominicana	9.904	27.5	2.8	72,4	72.8	30.7	47.0
Costa Rica	4.534	17.5	2.1	98.9	--	10.1	11.0
El Salvador	6.953	22.5	2.6	72.1	71.2	21.5	88.0
Guatemala	13.686	32.7	4.1	70.5	70.5	--	147.0
Honduras	7.246	27.4	3.2	70.4	70.4	23.0	--
Nicaragua	5.676	24.5	2.7	73.2	73.2	33.0	80.0
Panamá	3.399	20.5	2.5	75.7	75.7	14.8	65.0

Fuente: OPS/OMS.- Indicadores Básicos de Salud. Washington 2009.

La cobertura de servicios sanitarios era deficiente. El 58% de la población tenía acceso a agua mejorada y el 19% a disposición de excretas mejorada (Organización Panamericana de la Salud. Haití., 2007). Alrededor del año 2000 se estimaba que el 7% de la población haitiana tenía alguna discapacidad, la mitad de ellos menores de 15 años. Entre las discapacidades, la ceguera fue la más frecuente (1% de la población). Entre 1995 y 1999, se interrumpieron las actividades de vacunación², y una epidemia de Sarampión produjo más de 1000 casos confirmados en el año 2000. La atención de partos por personal sanitario capacitado era de 24 % y el 21% de los nacidos vivos tenían bajo peso al nacer. El país contaba con alrededor de 0.25 médicos por cada 1000 habitantes (PNUD, 2007).

Pero al igual que en la mayoría de los países de América Latina, el acceso a los servicios de salud y a los servicios básicos de una vida con calidad, no eran, además, muy equitativos. Mientras la atención del parto por personal sanitario era de 65%, para el 20% más pobre de la población era de 68%; y esto sólo para el 20% de mayores ingresos. La mortalidad infantil era de 78 y 45 por mil nacidos vivos, y la mortalidad en menores de 5 años era de 125 y 55 por mil nacidos vivos respectivamente. La prevalencia de infección por VIH en el 2005 era de 3.8 % de la población de 15 a 49 años. La tasa de matriculación en la educación primaria era del 22% (PNUD, 2007).

Las desigualdades en la salud y en el acceso a servicios, en general, reflejaban las profundas diferencias sociales en la sociedad y en la apropiación de los ingresos nacionales. Mientras el 20% más pobre se apropiaba (alrededor del 2005) del 2.45 del ingreso, el 20% más rico se apropiaba del 63.4%. Los ingresos del 10% más rico eran 71.7 veces los del 10% más pobre, con un coeficiente de Gini de 0.592 (PNUD, 2007). El impacto de huracanes e inundaciones en el 2008 y 2009, profundizó las desigualdades sociales y la situación de pobreza en muchas comunidades.

Para 2005, Haití recibió US\$ 60.4 per cápita como cooperación internacional (12.1 % del PIB) (PNUD, 2007), una de las cifras más altas del continente; y buena parte de esa cooperación fue en salud. Sin embargo, hay que notar que buena parte de

2 Reanudadas las actividades de inmunización, para 1999 se reportó coberturas de 68% con DPT 3, 66% con Polio 3, 70 % con BCG, y 54% con Sarampión. (OPS/OMS.- Indicadores Básicos de Salud. Opus Cit.)

esta cooperación fue ejecutada por Organizaciones No Gubernamentales y no por el estado. Algunas de estas ONG, como el caso de Zanmi Lasante³ (Partners in Health en inglés), han contribuido considerablemente al desarrollo del sistema de salud, pero en muchos otros casos las autoridades y organizaciones sociales del país han expresado su preocupación porque no encuentran evidencias claras de los beneficios a la población, correspondientes a los recursos administrados.

Para el 2009, el país contaba con 371 puestos de salud (personal sanitario no médico), 217 centros de salud (ambulatorios con atención médica) y 49 hospitales (con camas de internamiento), y había 2.500 organizaciones no gubernamentales que realizaban actividades en salud (Organización Mundial de la Salud, 2010). Es fácil imaginar las enormes dificultades de coordinación.

Los problemas de salud inmediatos pos terremoto.

El impacto sanitario directo del sismo sobre el sistema de salud y sobre la situación de salud de la población (sobre todo en Puerto Príncipe, Leogane y Jacmel), ha sido devastador. Estimaciones oficiales revelan un número de fallecidos alrededor de 250,000, y un número de desplazados en más de 1 millón de personas; pero los afectados sanitariamente han sido estimados por la Organización Mundial de la Salud en 3,5 millones de personas. Algunas organizaciones internacionales consideran que se trata del mayor desastre natural de la historia a nivel mundial.

La mayoría de los centros hospitalarios en las ciudades afectadas resultaron destruidos o seriamente averiados. (Igualmente los acueductos). Los dos principales hospitales de Puerto Príncipe quedaron prácticamente destruidos.

Las prioridades inmediatas en salud, como en todo desastre de esta índole, correspondían al auxilio humanitario (alojamiento temporal, alimentación, agua, transporte) y al rescate y atención médico quirúrgico de los lesionados, además de atenciones obstétricas y de pacientes con enfermedades crónicas descompensadas. Para fines de enero, se calcula que se había dado atención

³ Zanmi Lasante fue fundada en 1985 por Paul Farmer, un catedrático de la Universidad de Harvard (USA) y ha desarrollado una red de servicios de salud -con énfasis en Atención Primaria y en Tuberculosis y VIH- que incluye varios centros hospitalarios -con sede en la población de Cange- y en por lo menos 8 otras poblaciones del "plateau central" de Haití. Esto ha contribuido y ha sido valorada positivamente tanto por autoridades y organizaciones sociales haitianas, como por organismos internacionales.

a 194,000 lesionados -de los cuales 110,000 fueron infantes- Este servicio se realizó entre los hospitales que fueron reactivados, los hospitales de campaña instalados y el sistema de salud dominicano⁴.

Hay que destacar que, tal como suele ocurrir en este tipo de situaciones, no encontramos evidencia reportada de que se hubieran presentado brotes epidémicos relacionados con el alto número de cadáveres atrapados entre las ruinas o sepultados deficientemente. Esto corrobora, una vez más, la doctrina de la OMS, que en estos casos la prioridad es el rescate y atención de las urgencias de los sobrevivientes, que los cuerpos sin vida no representan peligros epidemiológicos severos, y que debe agotarse los esfuerzos para que los cadáveres sean identificados mediante técnicas simplificadas, y sepultados con dignidad y de forma que puedan ser posteriormente localizados por familiares interesados, evitando en lo posible las fosas comunes.

Las prioridades actuales y de mediano plazo.

Basados en la experiencia acumulada internacionalmente en eventos similares, y en el perfil sanitario del país, podemos tratar de identificar y prever las necesidades más relevantes en el campo de salud que deberán ser enfrentadas en el mediano plazo, en la medida que se vaya prolongando el tiempo post terremoto.

Superada la fase de emergencia, los principales desafíos sanitarios tienden a concentrarse en los riesgos derivados de la acumulación de población en albergues y refugios; esto en condiciones precarias, dados los efectos del trauma vivido sobre la salud mental y las patologías crónicas que puedan surgir como consecuencia del deterioro de la atención habitual.

El desplazamiento de grandes contingentes humanos hacia comunidades que ya tenían condiciones sanitarias limitadas, alojándose en residencias de parientes y amigos, o en instalaciones habilitadas ad hoc, se traduce en una sobre demanda de los servicios básicos (agua, saneamiento, dormitorio, manipulación de alimentos, etc.) que incrementan los riesgos de contagio

⁴ Estas cifras las hemos estimado a partir de diversas fuentes del Ministerio de Salud de Haití, el Ministerio de Salud de la República Dominicana, la OPS/OMS, la Cruz Roja Internacional y varias organizaciones no gubernamentales y académicas.

de algunas enfermedades transmisibles, para el conjunto de la población en esas comunidades y no sólo para los desplazados. Pero la permanencia por tiempos prolongados de grandes contingentes poblacionales en albergues de emergencia -temporales- representa aun mayores riesgos de esta índole. En la medida en que se prolonga esta situación, las condiciones sanitarias tienden a deteriorarse progresivamente y entonces suelen emerger dificultades personales de interacción que no son fáciles de manejar, si no se logra avanzar simultáneamente en la organización y participación de los propios pobladores involucrados en la gestión de los campamentos y albergues.

Una evaluación preliminar de riesgos, realizada por la OMS, destaca varios tipos de riesgos prioritarios de salud en las actuales circunstancias (Organización Mundial de la Salud, 2010). Seguiremos el esquema utilizado por esta organización, agregando los comentarios necesarios para una mejor comprensión⁵:

Heridas y lesiones. Ya no se refiere sólo a los daños ocurridos como consecuencia directa del sismo sino también de los accidentes que puedan ocurrir como consecuencia de la aglomeración de población en albergues inadecuados. En una población con coberturas relativamente bajas de protección inmunitaria (por ejemplo, contra el Tétano) resulta mandatorio asegurar el adecuado manejo de lesiones y las curas de las heridas quirúrgicas.

Riesgos relacionados con el agua y saneamiento. Las diarreas agudas en menores de 5 años ya eran un problema importante de salud, ellos representaban el 15% de las muertes del país en esta edad. La Salmonella tifi y las Hepatitis A y E -endémicas en el país- podrían elevar su incidencia en estas poblaciones. Las leptospirosis son consideradas endémicas y podrían aumentar si se incrementa el contacto con aguas estancadas y con orinas y excrementos de roedores y otros animales (según la especie de agente correspondiente).

Riesgos relacionados con el aumento de la densidad de población. Al aumentar la densidad poblacional en algunas comunidades, albergues y campamentos, esto podría elevar la probabilidad de contagio de las

5 OMS - Informe WHO/HSE/GAR/DCE/2010.1. Ginebra. Enero 2010.

enfermedades de transmisión aérea. Entre ellas, la Difteria, el Sarampión, la Tosferina (Pertusis), las meningitis por *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y otros agentes; las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en la infancia (representaba el 20% del total de muertes menores de 5 años en el país). Hay que destacar la Influenza, dado que pocas semanas antes de ocurrir el terremoto se había confirmado la circulación del A H1N1 en Puerto Príncipe. Igualmente, la Tuberculosis, cuya incidencia anual ya era una de las más altas del continente (unos 35,000 casos nuevos por año). En este sentido, asegurar la mejor cobertura de inmunizaciones y una adecuada vigilancia epidemiológica de estos lugares de concentración poblacional resulta de gran importancia.

Riesgos relacionados con la proliferación de vectores y con las zoonosis. El Dengue y la Malaria son problemas endémicos en la isla y podrían incrementarse en las poblaciones alojadas en refugios cuya protección contra vectores sea deficitaria. Los caninos y otros animales se desplazan detrás de las poblaciones humanas y, por la concentración y la necesidad de apropiarse y defender su territorio, la Rabia animal constituye uno de los riesgos que podrían aumentar. Es prioritario, pues, asegurar la vacunación de estos animales y un adecuado manejo clínico epidemiológico de las personas agredidas.

Riesgos de salud mental. El impacto emocional del terremoto y de sus consecuencias sobre la integridad de numerosos núcleos familiares, sobre los bienes y en general sobre toda la vida cotidiana, sumado a las angustiosas experiencias vividas por las personas que debieron ser rescatadas, por sus parientes y amigos y aun por el personal rescatista y de atención de salud, de acuerdo con la experiencia internacional, podría estarse traduciendo en una mayor frecuencia de alteraciones emocionales relacionadas con el “stress post traumático”, la depresión y otros cuadros. Constituye una importante necesidad asegurar adecuado apoyo emocional y atención psicológica y, cuando sea necesaria, también psiquiátrica. Esto es particularmente importante en la población infantil.

Otros riesgos y necesidades. La población desplazada es más vulnerable a la inseguridad nutricional y alimentaria. La desnutrición infantil y en embarazadas que ya era un problema sanitario relevante (9% de los recién nacidos con

bajo peso), podría aumentarse. Promover la lactancia materna, y asegurar el suministro de alimentos que garanticen una ingesta calórica y balanceada -mínimamente adecuada a las necesidades y a la cultura y tradiciones locales- merece atención prioritaria.

La violencia sexual y otras formas de violencia, en particular contra los más vulnerables (niños(as), adolescentes, mujeres y adultos mayores) es un importante riesgo en estas circunstancias. Proteger a los más vulnerables, asegurar la seguridad y el orden en los campamentos y albergues es una importante prioridad. Podría esperarse un incremento de casos de Infecciones de Transmisión Sexual, relacionadas con actos de violencia o consensuados, si no se establecieran intervenciones de prevención efectivas.

La salud reproductiva. Las embarazadas necesitan atención prenatal adecuada, incluyendo la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la atención de los partos y cesáreas. Así mismo, las intervenciones de prevención de embarazos son una prioridad.

Rehabilitación. El elevado número de personas que sufrieron traumatismos severos, muchos de los cuales debieron ser amputados en alguna(s) de sus extremidades, constituye una necesidad cuya atención es altamente prioritaria. Mientras más temprana pueda iniciarse la rehabilitación por personal capacitado, la aplicación de prótesis, sillas de ruedas, muletas y bastones, y la educación para su mejor utilización, mayor será la recuperación de habilidades básicas y menores los riesgos de incapacidades que inhabilitan para ganar su vida y la de su familia. Estas eran capacidades pobremente desarrolladas por el sistema de salud, y ahora la demanda se ha incrementado considerablemente.

Los Problemas de Salud en la Perspectiva de la Reconstrucción.

Como fue señalado, la situación de salud y calidad de vida de la población haitiana, antes del terremoto, ya era muy deficitaria. Pensar en la reconstrucción implica serios cuestionamientos a las formas en que históricamente se conformó esta sociedad y se organizó su economía, sus patrones demográficos, la distribución del ingreso nacional y la inserción internacional.

Por otra parte, la reconstrucción del sistema de servicios de salud tendrá que considerar por una parte cuál es la arquitectura y diseño del mismo, cuáles serán los servicios en diferentes niveles de atención, cómo se articularán las redes de servicios, y cómo serán financiados. Esto incluye una necesaria consideración sobre el nivel de centralización o desconcentración y descentralización del sistema, y el papel de los gobiernos locales. Cuál será el papel del estado y cuál el de las organizaciones no gubernamentales. Los temas de la rectoría y de la capacidad de gestión y de regulación por parte de los órganos del estado, emergerán con mucha relevancia en los debates y reflexiones.

Así mismo, será necesario considerar cuál será el modelo de atención que se asumirá como el más adecuado. Si un modelo predominantemente basado en lo curativo y hospitalario -o predominantemente basado en estrategias de Atención Primaria de la Salud- y cuál será el papel de las comunidades y sus organizaciones en la gestión de los establecimientos, servicios y programas.

Muchas de estas definiciones necesariamente estarán vinculadas a definiciones más generales acerca del modelo de economía, de gobierno y de sociedad que emergerá del proceso de reconstrucción. La experiencia de la población haitiana y de sus organizaciones y autoridades debería ser considerada primordialmente y evitar la imposición de modelos y recetas que no tengan basamento en la historia, en la cultura del país.

- La cooperación internacional prometida, en la medida que se haga realidad, será una contribución de gran importancia para el proceso de reconstrucción en salud. En este sentido, constituye una gran oportunidad para que la población haitiana pueda elevar sustancialmente su calidad de vida y su situación de salud; sin embargo, no debería limitar o substituir el liderazgo de la propia población haitiana, sus organizaciones y autoridades. Corresponde a los haitianos definir y conducir cómo será el proceso de reconstrucción; la cooperación internacional debería fortalecer estas posibilidades y capacidades de decisión y de conducción nacionales, aportando recursos y posibilidades técnicas, en la convicción de que será la mejor contribución al resurgimiento de este pueblo hermano como dueño de su propio destino.

¿Será posible que en Haití se cumpla la expectativa de eliminar las inequidades sociales en salud en una generación? Ésta es una oportunidad que la OMS, la comunidad internacional en general y sobre todo la sociedad haitiana, no deberían perder. ¿Será posible que el proceso de reconstrucción conlleve al diseño y aplicación de intervenciones logísticas, como las propuestas por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, y no se limite a la construcción de infraestructura sanitaria? Es una oportunidad para que, partiendo de la realidad del hermano país -en su contexto histórico y cultural- se pueda definir un programa de desarrollo estratégico de la salud que no se limite a un enfoque biomédico tradicional, cuyos resultados son harto conocidos, y que asumiendo toda la complejidad de los procesos de salud/enfermedad/atención, pueda ser más efectivo. Haití puede lograrlo, pero muy probablemente, más que un proceso de reconstrucción, será necesario un proceso de “refundación” que debería emerger de su propia realidad, y conducido por sus propios liderazgos nacionales.

Bibliografía

- Adames, D. (2008). *Entre lo Real, lo Establecido y lo Deseable. Condiciones Laborales de la Mano de Obra Haitiana en el Sector Construcción*. Santo Domingo.
- Basuto, L. M. Educación, comunicación e imaginarios sociales. *Razón y Palabra* (25).
- Britto Garcia, L. (2010, febrero 15). *Manuel Pour Detruire un Pays*. Retrieved febrero 20, 2010, from <http://www.luisbrittogarcia-fr.com>
- Carrillo, A. (2005). *Arqueología del Discurso de las élites cubanas sobre raza durante el siglo XX. Editoriales y artículos de opinión*. Granada, España: Universidad de Granada.
- Castillo, M. (2008). *Migración y Derechos Humanos*. México.
- Castoriadis, C. *El Avance de la Insignificancia*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires. Sociedad de Economía Mixta.

- Chávez, F. F. (Junio 2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación . *Ciencias Sociales no. 96* , 35-53.
- Derby, R. T. (1993). Historia de Terrorer y los Terreres de la Historia: La Masacre Haitiana de 1937 en la República Dominicana. *Estudios Sociales* , 65-76.
- Diario, L. (2007-2008). Listin Diario. Santo Domingo , República Dominicana.
- Digital, P. C. (2007-2008). Clave Digital. Santo Domingo, República Dominicana.
- Dominicana, A. d. (n.d.). *www.academiadehistoria.org.do*. Retrieved junio 09, 2009
- Douglas, M. (1998). *Estilos de Pensar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Douglas, M. (1970). *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú.* . Madrid España: Siglo XXI.
- Hinkelammert, F. (2003). Capítulo III Las proyecciones del monstruo: la conspiración terrorista mundial. In F. Hinkelammert, *El asalto al poder mundial y la violencia sagrada del imperio* (pp. 65-66). San José, Costa Rica: DEI.
- Hoy, P. (2007-2008). Hoy. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ioé, C. (1993). Hacía un análisis sociológico de la inmigración. Extranjeros en la comunidad de Madrid. *Política y Sociedad. DIALNET* , 61-78.
- Libre, P. D. (2007-2008). Diario Libre. Santo Domingo , República Dominicana.
- Lozano, W. (2008). *La Paradoja de las Migraciones. El Estado Dominicano Frente a la Inmigración Haitiana*. Santo Dominho: UNIBE, FLACO, SJRM.
- Luckman, P. B. (1995). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

- Mc Kinney, C. (2010, enero 19). The Unwelcoeo Katrina Redux. *Global Research* .
- Montúfar, F. C. (2008). *Imágenes e imaginarios sobre la migración en la prensa ecuatoriana y española*. Ecuador: Aler.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2006). *Constitucion de la OMS.. Documentos Basicos. Suplemento de la 45 Edicion.* . Ginebra.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2010). *Informe WHO/HSE/GAR/DCE/2010.1*. Ginebra.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las Desigualdades en una generacion: Alcanzar la equidad actuando sobre los determinantes sociales. Informe final*. Ginebra: Comision sobre Determinantes Sociales.
- Organizacion Panamericana de la Salud. Haiti. (2007). *Analisis de Situacion y Tendencias de Salud en Haiti. La Salud en las Americas*. Washington: OPS/OMS.
- Pintos, J. L. (1994). *Los Imaginarios Sociales construcción de la nueva realidad social*. Santiago de Compostela, España.
- PNUD. (2007). *Informe de Desarrollo Humano 2007-2008*. Mexico: Mundiprensa.
- Rosario, J. d. (2007). *Presencia de Mano de Obra Haitiana en el sector Agrícola de la Línea Noroeste*. Dajabón: SJRM .
- Sandoval, C. (2002). *Otros Amenazantes: Los nicaraguences y la formación de identidades en Costa Rica*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Santana, J. d. (XXXVII). Diagnóstico sobre la Presencia de Mano de Obra Haitiana en Plantaciones Agrícolas de las Provincias de Montecristi y Valverde Mao. *Estudios Sociales* , 132-191.

Scarafía, M. C. (1993). *Lo que dicen las radios*. Quito: Asociación Larinoamericana de Educación Radiofónica-ALER.

Serret, E. (2001, Julio). El Género y Lo Simbólico. La construcción imaginaria de la identidad femenina. México: Ediciones y Gráficos Eón.

Silié, R., Doré, C., & Segura, C. (2002). *La Nueva Inmigración Haitiana*. Santo Domingo: FLACSO.