

24.107

ARQUITECTURA, SOCIEDAD Y SALUD EN HAITI

TESIS PROFESIONAL QUE PARA  
OBTENER EL TITULO DE  
ARQUITECTO.

PRESENTA.

MARIE ELISABETH WINIFRED JEAN SALOMON

MEXICO, D. F., 1982.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## SUMARIO.

### I BREVE ESBOZO HISTORICO

### II PROBLEMAS DE LA SALUD Y CONTEXTO SOCIO ECONOMICO

A.- LA COLONIA

B.- LA EPOCA POST INDEPENDIENTE (1804-1915)

C.- 1915 OCUPACION NORTEAMERICANA

D.- DESPUES DE LA INTERVENCION MILITAR (1936-1950)

### III SITUACION ACTUAL DE LA SALUD

A.- PLAN NACIONAL DE SALUD

B.- DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

C.- PLAN DE REGIONALIZACION

### IV ARQUITECTURA Y SERVICIOS DE SALUD

### V BIBLIOGRAFIA

## I BREVE ESBOZO HISTORICO

Haití es un ejemplo típico de cómo los intereses de las potencias mundiales condicionan la historia de un pequeño pueblo e inciden negativamente en todos sus aspectos, a pesar de que el pueblo de esos países luchan encarnizadamente para defender su autonomía y forjar su destino.

La aparición de Haití a la historia moderna obedeció a las necesidades de los países Europeos que estaban en pleno proceso de acumulación de Capital y de expansión del Capitalismo: la llegada de Cristobal Colón a la isla no tenía otro motivo que la búsqueda de metales preciosos, de especies y de mano de obra barata para el Capitalismo Europeo.

La crueldad del régimen esclavista que implantaron los Españoles en Haití en su afán de enriquecerse con la mayor rapidez posible y los masacres de los indios (Arawaks, Tainos, Caribes) que lucharon heroicamente contra los invasores llevaron en pocos años a la desaparición casi total de la población indígena. De los 200.000 a 250.000 indígenas que tenía la isla en 1492 se cuentan a penas unos 1.000 en 1510.

Con la destrucción de la mano de obra indígena que los proveía a tan bajo costo sus fabulosas riquezas, los Españoles tuvieron que importar desde el año 1502 negros de Africa (Guinea-Congo-Dahomey-etc.) Con los trabajadores negros si

guió el régimen esclavista con toda su ferocidad.

Hablar de ferocidad no es una exageración, cuando se ven los castigos infligidos a los esclavos en todas las ocasiones que el espíritu perverso del amo lo juzgaba necesario. El "Cachot" que no es más que una caja de 1.20 m. de alto, 1.80 de ancho y 2.00 de largo, con una puerta de 60 cm. por 45, llega a ser por más de 12 meses la jaula de un esclavo castigado. La Cadena, la barra son castigos leves en comparación a los suplicios de descuartizamiento y de la rueda. La mente enferma del amo llega a exigir del castigado la excavación de un hoyo donde lo entierran parado, dejando fuera su cabeza que impregnan de jarabe de caña, dejándolo así a la merced de los animales.

Todos esos castigos son la respuesta a la negación del esclavo de trabajar desde horas anteriores a la aparición del sol, hasta el atardecer. Trabajo que se prolonga hasta la una de la mañana en época de cosecha ó cuando hay que limpiar el tabaco. Los esclavos no disponían de día libre, salvo cuando para su conveniencia, el amo les concedía una parcela de tierra para el cultivo de viveres para su alimentación. Se entenderá que el estado de agotamiento del esclavo le impedía cultivar esa parcela teniendo como consecuencia una alimentación muy precaria, compuesto principalmente de "Manioc, igname, mandioca, camote, sorgo, frijoles y plátanos machos verdes.

La carne y el pescado ocupaban un lugar irrisorio en la alimentación de los

esclavos.

La "choza" del esclavo siempre era exigua, sin ventilación, todo su mobiliario se reducía a unos platos de madera, un barril cortado para el lavado de "manioc", una cafetera, una cacerola y unas literas hechas de ramas de árboles trenzadas levantados sobre 4 postes de madera. El Padre Dutertre dice al respecto: "Da miedo ver su cama, es más propicio a lastimar un cuerpo que a procurarle el descanso".

La competencia entre las Naciones Capitalistas Europeas generó en 1625 el asentamiento en una parte de la isla a franceses, ingleses, holandeses. Los primeros apoyados por su gobierno adquieren cada vez más importancia, desplazando paulatinamente a los españoles que por sus conflictos con Francia tuvieron que ceder en 1697 a los franceses, mediante el tratado de Ryswick, la parte occidental de la isla que constituye en la actualidad la República de Haití, conservando la parte oriental, o sea la República Dominicana actual.

El régimen esclavista fue mantenido por los nuevos colonizadores, sustituyendo (a causa del agotamiento de los recursos minerales y de las necesidades del capitalismo Europeo) la explotación de las minas por el sistema de extensas plantaciones agrícolas. El cultivo de la caña de azúcar se desarrolla rápidamente, (coexistiendo con el del algodón, añil, café, cacao) y llega a constituirse en una pieza clave de la economía de Francia. Al mismo tiempo "Saint-

Domingue" (así se llamaba la parte occidental de la isla) se transformó en una colonia muy próspera: la denominaba la "Perla de las Antillas".

El comercio de Francia y Saint-Domingue llegó hacia 1789, a necesitar de 750 grandes navíos tripulados por 80,000 marinos. El comercio general de la Metrópoli con su colonia (importación-exportación) se elevaba a la suma de 716,715.962 libras, mientras que el comercio general de Francia se cifraba a 1,997,762.000 libras, o sea el comercio de la Metrópoli con su colonia representaba pues cerca de dos tercios de su comercio general. La colonia contaba en ese entonces con 705 plantaciones de algodón, 792 ingenios de azúcar, 3097 añilerías, 182 destilerías de rón etc. La industria era entonces tan prospera como la agricultura.

Pero esta prosperidad era muy frágil. Las relaciones de producción esclavistas, basadas en la brutal explotación de la abrumadora mayoría de la población, los esclavos negros (495,000 en los momentos inmediatamente anteriores a la guerra de Independencia), por una minoría de amos franceses (35,000) agudizaban al máximo las contradicciones entre esas dos clases fundamentales de la colonia. A través de toda la Epoca Colonial Francesa los esclavos negros nunca dejaron de manifestar su descontento. Para ello utilizaban todos los medios a su alcance: incendio de plantaciones, envenenamiento de las aguas,

abortos de las madres negras, organización de fugas etc. Así mismo su organización clandestina se consolidaba.

En la noche del 21 de agosto de 1791, en la histórica "Ceremonie du Bois-Caiman" sus líderes se reunieron con los libertos (nacidos de padres franceses y madres negras, que gozaban de ciertos privilegios económicos y sociales pero eran considerados por los franceses como una categoría social inferior) y decidieron resueltamente la lucha contra el orden establecido. Esa misma noche prendieron fuego a varias plantaciones de azúcar. Oficialmente la guerra de Independencia había empezado.

Trece años de luchas sangrientas y de heroísmo incansable llevaron a los esclavos negros y a sus aliados libertos a la victoria definitiva sobre los amos franceses y el régimen esclavista. El 10. de enero de 1804 se proclamó la Independencia, el jefe máximo de la Revolución Jean Jacques Dessalines fue designado para dirigir la nueva República la cual recobró su antiguo nombre de Haití.

La joven nación se lanzó decidida a la reconstrucción de su economía y a la búsqueda de la solución a sus múltiples problemas internos. Sin embargo, la hostilidad de las potencias capitalistas se hizo sentir inmediatamente y de una manera muy efectiva. Desde sus primeros pasos en la vida independien-

te, Haití tuvo que soportar un embargo económico de los más crueles y enfrentarse a presiones políticas sistemáticas de parte de las grandes potencias. Esos "castigos" eran tanto más fuertes cuanto la pequeña República de negros constituía una amenaza permanente a las otras colonias de la zona ya que manifestaban una gran solidaridad con los otros pueblos del Continente que luchaban todavía por su independencia (Miranda, Bolívar, el general Mina obtuvieron de los dirigentes haitianos armas, municiones y alimentos para sus combatientes y partieron de Haití a sus campañas libertadoras). Hubo intentos de parte de Napoleón Bonaparte para reconquistar su ex-colonia. Por esto el estado haitiano tuvo que invertir gran parte de sus recursos en su defensa militar. Más tarde bajo el gobierno del Presidente Boyer (1818-1843) Haití tuvo que aceptar el pago de una fuerte indemnización (150 millones de francos) al gobierno de Francia para el reconocimiento de su Independencia.

La construcción de la economía de la joven nación debió hacerse entonces en un contexto internacional muy desfavorable. Pero las condiciones internas, herencia de la Colonia estuvieron también muy lejos de propiciar esa empresa. La nueva clase dirigente, formada por los generales de la Revolución y los libertos se adjudicaron el derecho de expropiar las mejores tierras del país. Más aún, en vez de impulsar la producción de estas tierras, estimaron merecer la "recompensa" que consistía en gozar de sus rentas, erigieronse en propieta

rios ausenteistas. Cabe mencionar como otro factor limitante del desarrollo económico de Haití la destrucción casi total de las fuerzas productivas durante los trece años de la guerra por la Independencia.

Todos esos factores, externos e internos, nos dan una idea del cuadro de desastroso de la economía haitiana después de la Independencia cuadro que desde entonces no ha cambiado mayormente. Las deficiencias estructurales de la economía, agravadas por la herencia social de la Colonia, que se manifiesta en el llamado "prejuicio de color" y un cierto "espíritu aristocrático" generaron una inestabilidad política crónica y un estado permanente de violentos conflictos sociales.

En la primera década del siglo XX Haití estaba todavía sumergido en toda esa red de problemas económicos y conflictos sociales y políticos, los Estados Unidos, que desde el año 1898 empezaron a extender su dominio imperialista en latinoamérica, bajo el pretexto de restablecer el orden interno, invadieron en 1915 la pequeña isla que ocuparon hasta el año 1934. Una vez más los haitianos libraron una guerra permanente para defender su autonomía, utilizando distintas formas de lucha, desde la guerrilla rural, encabezada por Charlemagne Peralte nuestro Sandino, hasta las denuncias en la prensa internacional. Pero una vez más los intereses del más fuerte terminaron por imponerse, con consecuencias desastrosas para el país invadido. En ese sentido se

puede considerar la ocupación norteamericana de la isla como el período de consolidación definitiva del atraso general de Haití.

A partir de entonces, la dependencia de la economía haitiana, en este caso de los U.S.A., se hizo definitiva e irreversible en todas las actividades económicas internas que llegaron a ser subordinadas en forma absoluta a los intereses del imperialismo norteamericano, lo que provoca una deformación y un trastorno de la estructura económica insuperable bajo el contexto de esa dependencia. El análisis de los efectos nocivos de la ocupación norteamericana sobre la sociedad haitiana requiere de un estudio profundo y amplio que rebasa de mucho los límites de este trabajo. Aquí solo mencionaremos aquellos que se relacionan más directamente con nuestra investigación; nos referimos al impacto sobre las condiciones de vida de los campesinos, que tienen una relación directa con los problemas de la salud. (En el desarrollo histórico de la salud se podrá ver el impacto de la ocupación). La introducción de las compañías norteamericanas en el campo significó la apropiación de las pocas tierras que quedaban a los campesinos. Varios de éstos, privados de su único medio de subsistencia, se vieron obligados a emigrar a otras zonas del campo, esto significó no solamente un agravamiento de su miseria, sino también un mayor deterioro de las elementales condiciones de higiene. Otros tu-

vieron que trasladarse a las ciudades vecinas, en donde formaron los cinturones de miseria viviendo hacinados. Muchas veces a la intemperie, imposibilitados en conseguir alimentos, en condiciones francamente infrahumanas.

La producción agrícola estaba dedicada al abastecimiento casi exclusivamente del mercado norteamericano, lo que profundizó y generalizó el hambre en el campo. Con la ocupación se consolidó la práctica del impuesto a la venta de los productos de los campesinos, como si todo eso fuera poco, se implantó el sistema de "Corvée", que no es sino un tipo de trabajo forzoso, mediante el cual se obliga a los campesinos a realizar gratis para el estado algunas jornadas de trabajo en la construcción de carreteras, puentes etc...

En síntesis, se puede afirmar que con la ocupación norteamericana, la tendencia al empeoramiento de los problemas económicos, sociales, políticos y culturales de la sociedad haitiana manifestada desde la Independencia, no ha hecho sino profundizarse. Desde entonces, el deterioro de las condiciones de vida de la gran mayoría del pueblo haitiano adquiere un ritmo vertiginoso e incontrolable, que, en la actualidad, se expresa en ese cuadro socio económico que intentaremos esbozar a continuación:

#### CUADRO SOCIO-ECONOMICO DE LA HAITI ACTUAL.

La república de Haití cuenta en el año de 1977, con una población de 4,314,628 habitantes de la cual el 80% es rural.

La densidad media es de 171 habitantes por Km<sup>2</sup> con un hacinamiento muy marcado, 7 personas por vivienda. La dotación de servicios básicos es casi inexistente e inadecuada, solo el 55% de las casas tienen suministro de agua potable, 26% con toma domiciliaria y 29% por medio de fuentes (hidrantes) públicas. En el interior del país solo se hallan 13 sistemas de aguas potables, en las principales ciudades, que apenas abastecen al 4.8% de esa población. En lo referido a los servicios de electricidad y de recolección de basura, la situación es todavía más precaria, solo una ínfima parte de la población goza de ellos. El alcantarillado es inexistente, los medios de evacuación son individuales (letrinas, fosas septicas, pozos de absorción), aclarando que esos medios solo los usan un 28% de la población urbana y un 0.5% de la población rural. Según la "Guía Económica de la República de Haití" publicado por el I.H.S. en 1977 el país cuenta con 554 Kms. de caminos.

La tasa anual bruta de nacimiento es de 36.78 por 1000, la de mortalidad alcanza un 14.5/1000, siendo la de crecimiento 23.0/1000 o sea 2.3% (Se pre-vee para el año 2000 una población de 9.2 millones de hab.). La población

actual esta compuesta en un 41.6% de jóvenes menores de 14 años.

#### CRECIMIENTO DE LA POBLACION.

- 6% Area Metropolitana.
- 4% Areas Urbanas de Distrito.
- 1% Areas Rurales.

El bajo porcentaje de crecimiento de la zona rural, donde se concentra, como lo muestra el cuadro anterior, la mayor parte de la población, refleja el problema de la migración campo-ciudad, producto fundamentalmente de las pesimas condiciones de vida.

El ingreso promedio en el país, per capita es de 136 dólares en 1976, siendo la de la zona rural de 60 dólares según las estimaciones del E.I.D.

En el año de 1974 el ingreso anual bruto es de 391.687.600 dolares con una aportación de 45.36% del sector primario (agricultura-pesca-minas), que engloba el 71% de la población económicamente activa. El sector secundario (industria, artesanías) concurre en un 17.06% y el sector terciario (servicios) en un 37.58%.

La deuda exterior es estimada por el B.I.D. en 300 millones de dólares, en su reporte del año del 1977.

La cuestión educativa es alarmante. La tasa de analfabetismo es de 76%

en 1971 (I.H.S.) 80% (B.I.D.). Solo el 27% de los niños en edad escolar alcanzan a llegar a los cursos elementales, equivalente a 2° ó 3° grado de primaria.

En 1970 la escolaridad se presenta de la forma siguiente:

Escuelas Primarias:	396	estudiantes	por	cada	10,000	hab.
Escuelas Secundarias:	84	"	"	"	"	"
Escuelas Universitarias:	3	"	"	"	"	"

El estado precario, de las condiciones de vida del pueblo haitiano, explica el estado de salud de este pueblo.

## II PROBLEMAS DE LA SALUD Y CONTEXTO SOCIO-ECONOMICO

El esbozo histórico anterior, apunta a mostrarnos como las condiciones históricas han generado en Haití un subdesarrollo crónico que afecta todas las esferas de la vida del pueblo. Nos enseña también que ese subdesarrollo se profundiza cada día más, a pesar de la voluntad de los haitianos de solucionar sus problemas fundamentales. Ahora bien, de todos es sabido que la salud de un pueblo depende esencialmente de sus condiciones de vida y de su nivel económico. Más aún, solo la interacción entre esos diferentes factores, determinan un nivel de salud. Un país con estructuras económicas tan arcaicas como Haití padece lógicamente de un estado de salud desastroso.

Como lo comprobaremos con los datos que presentamos a continuación:

### A.- LA COLONIA

A finales del siglo XVIII, las condiciones de salud y de higiene en las cuales vive el pueblo haitiano son verdaderamente deplorables. Las calles de las poblaciones urbanas son lodosas, y llenas de basura. Ciudades como Cayes, Port de Paix, Fort Dauphin, Petit Goáve, son áreas pantanosas rodeadas de lagunas. El abastecimiento de agua es defectuoso e insuficiente, el suministro se hace por medio de fuentes públicas. El ambiente es muy insalu-

bre ya que no existen servicios sanitarios. La población en general vive en un medio sanitario desastroso.

a) *Organización médica de la colonia*

Durante la época colonial la organización médica estuvo a cargo del intendente de finanzas bajo el mando de quien se encuentran los administradores provinciales. Según esta organización, cada capital de Distrito debe contar con el servicio de un médico y de un cirujano del rey. El papel de ese último se resumía en visitar a los enfermos de los *Hospitales Militares* (soldados-oficiales etc...). Estos cirujanos no tenían ninguna preparación académica.

b) *De la reglamentación de la profesión médica*

Muchas ordenanzas reales reglamentan la práctica de la profesión médica. El carácter discriminatorio de la ley de Mayo de 1766 tuvo un efecto nefasto en la salud de la colonia y más tarde en la Haití independiente. Esa ley prohibió, con amenaza de castigo, la práctica médica a los negros libres, los mulatos y los esclavos.

c) *Los hospitales*

*El Norte*

En 1698 se instaló en el norte del país en Cap-Haitien, un hospital civil, que por orden del Rey, se convirtió en 1763 en Hospital para Soldados, oficiales y marinos. Este hospital es una casa de mampostería que se adapta, hasta ocupar una fachada de 37.50 m., la cual llega a albergar hasta 825 enfermos. En esta misma zona se edificó en 1741 un albergue para niños y ancianos menes terosos, que en 1782 también fue ampliada para hospedar a 900 enfermos y se le transformó en hospital militar.

*El Oeste*

En el oeste del país se construyó en 1751 un hospital militar en Port-au-Prince. En 1772 este hospital tuvo una capacidad de 150 personas hacinadas en 2 salas de 24 metros cuadrados, transformándose entonces en un hospital de paga.

En Leogane, existe un hospital de 25 X 7.5 m. con una capacidad para 950 personas.

## El Sur

En el sur del país, Cayes cuenta con un hospital militar de 50 camas. También se construyó en Port-a-Piment un hospital militar de 40 m. de largo y 7.50 de ancho con una capacidad de 60 enfermos.

En fin, cinco ciudades del país cuentan con hospitales militares, que a menudo son concedidos a particulares, volviéndose así hospitales de paga. Esos, preocupados por sus ganancias, la mayoría de las veces, no se preocupan por brindar el cuidado ni el confort necesario al enfermo. El Dr. Roux, médico del Rey, refiriéndose a la hospitalización en esos lugares, habla de "La Estancia del Horror".

Esas atenciones medicales que dejan mucho que desear, sólo son un privilegio para los militares. Los blancos son atendidos a domicilio y los negros no reciben casi ninguna atención médica.

### d). El cuerpo médico

En el siglo XVIII, 20 médicos, 60 cirujanos, 15 farmacéuticos, 2 dentistas y algunas comadronas forman el cuerpo médico, que atiende primordialmente a los militares y a los blancos. La gran mayoría de la población la representan los negros atendidos por los esclavos que trabajan como ayudantes en

los hospitales y los curanderos tradicionales. Estos últimos siguen siendo en la Haití actual, los que curan a las clases desfavorizadas de las ciudades y a la población campesina.

#### B.- LA EPOCA POST-INDEPENDIENTE. (1804-1915)

Después de la guerra de Independencia la tarea que espera a los dirigentes de la nación es enorme desde todos los puntos de vista, particularmente en lo que se refiere a la situación Médico Sanitaria. Después de 13 años de luchas devastadoras, el pueblo haitiano se encuentra en tremendo estado de insalubridad.

Del restringido personal médico de la época colonial muy pocos sobreviven a las epidemias a los combates de la guerra, y el resto de sobrevivientes huyen del país. Por lo tanto la salud de la población quedó en manos de los inexpertos negros que trabajaron de ayudantes en los hospitales coloniales. Entonces sólo los hospitales militares de Cap. y Port-au Prince siguieron funcionando.

Dessalines, Jefe de la nueva Nación independiente, la dirigió con la ayuda de dos ministros, el ministro de finanzas y el ministro de la guerra. El primero estuvo encargado de los asuntos Médico-Sanitarios. El régimen mili-

tar fue rigurosamente aplicado a la profesión médica. Entonces todos los practicantes del Arte Médico, estaban automáticamente integrados al ejército, pero no se puede hablar de ninguna mejoría en la salud del pueblo durante lo que duró el mandato de este Jefe de la Nación.

A la muerte del Emperador en 1806, el país se dividió en dos Repúblicas, la del Norte y la del Sur.

a) *Los servicios de salud en el norte*

El norte del país se encuentra bajo el mando del Rey Henry Christophe que implantó un régimen autoritario, bajo el cual se nota una gran preocupación para la cuestión de Salud. Muchas medidas son tomadas para el mejoramiento de la salud del pueblo, pero sus aplicaciones fueron muy escasas debido a la falta de recursos económicos.

Se exigió la creación de hospitales con servicios médicos gratuitos en todas las "habitaciones" (grandes propiedades) para los cultivadores. Es la primera vez que se nota una cierta preocupación para las clases desfavorecidas. Pero los servicios médicos del ejército siguieron dirigidos a los militares y a los dignatarios del Reino.

Los hospitales del Reino del norte se encuentran en Cap-Henry, Port-Royal, Port-de Paix, St. Marc. Gonaiwes y Dessalines, con la asistencia de 5 médicos, 4 cirujanos de 1° clase, 9 de 2° clase, 30 de 3° clase, 2 farmacéuticos de 1° clase, 3 de 2° clase, y 1 de 3° clase.

En 1817, el Rey Christophe, fundó una escuela de Medicina que no funcionó por falta de asesores.

*b) Los servicios de salud en la República del Oeste*

En esa República, encabezada por el Presidente Alexandre Pétion, no se nota ninguna preocupación por la salud del pueblo. Toda la atención médica está dirigida hacia los militares. La Ley de Marzo de 1808 declara de carácter militar los servicios médicos, se propuso la creación de 3 tipos de hospitales: a saber hospitales de 1°, 2° y 3° clase, el funcionamiento de los hospitales de 1° y 2° clase era muy deficiente, mientras que los de 3° clase, sólo existieron de nombre.

En 1820 el Presidente Jean-Pierre Boyer, logró la reunificación de la república extendiendo su poder hasta la parte oriental de la isla en lo que es actualmente la República Dominicana, Boyer tan sólo hizo a lo largo de todo su mandato, el intento de echar a andar de nuevo la Escuela de Medicina, pro-

yecto que nunca llegó a concretizarse. Este Gobierno se caracterizó por su obscurantismo. Según el Presidente Boyer, educar al pueblo significa propiciar la revolución. Después del largo régimen de Boyer, (25 años) se suceden hasta 1915, 22 presidentes que casi nunca pueden completar su mandato. Con ellos tampoco se realiza algún avance importante en lo que respecta a la Salud.

#### C.- 1915: OCUPACION NORTEAMERICANA

Con la ocupación norteamericana, el panorama de la Salud va a cambiar para Haití. Dentro de todas las calamidades que trae esta subordinación, es justo admitir que las primeras mejoras brindadas al pueblo de Haití en el campo de la salud, coinciden con esta época.

Pero, cabe mencionar que no fué como lo asegura Arthur C. Millpaugh en "Haití Under American Control", una acción filantrópica, la preocupación del invasor por la salud del pueblo esta íntimamente ligada a sus intereses.

A la llegada de los norteamericanos, el país contaba con algunos hospitales pobremente mantenidos, sin ningún programa sistematizado de medicina preventiva y con un gran número de enfermedades endémicas de las cuales las más importantes eran la tuberculósis, la malaria, enfermedades intestinales, la

sífilis y el pián.

A finales de 1924, los servicios de Salud Haitianos, pasaron al control de los norteamericanos, la "Rochefeller Fundation" empezó una investigación médica en Haití, en junio de 1924, la cual concluyó en 1925, en 1926 asignó fondos para el acondicionamiento de la Escuela de Medicina.

El personal médico y paramédico pasó a más de 2000 (doctores y técnicos enfermeras etc...) de los cuales 37% eran norteamericanos y 66% franceses, pero con la vigorosa oposición de los haitianos el panorama cambió y varios MEDICOS HAITIANOS fueron becados para seguir cursos de capacitación en el extranjero.

En 1929, bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública, se construyeron 12 hospitales con una capacidad global superior a 1000 personas. Sin embargo, la más interesante y efectiva realización de esa administración, es el establecimiento a través del país de clínicas rurales que ascendieron hasta la cantidad de 147 en 1929, con un número de consultas de 1,314.596. Arthur C. Millspaugh, califica de "invasión" la constante afluencia de la gente hacia esas clínicas, lo que desmiente la tesis muchas veces invocada, de la negación del pueblo a recurrir a los servicios médicos.

En esta misma época, se fundó en Haití el primer centro de asistencia pa-

ra niños.

Todos estos logros serían admirables si no hubieran estado destinados a una regresión segura ya que no estaban apoyados por todos los otros servicios que los hubieran hecho efectivos tales como una política de Saneamiento Ambiental, una campaña de medicina preventiva, el abastecimiento de agua potable, la construcción de letrinas etc... y más que nada una política de educación, en síntesis, faltó la implementación global necesaria para el éxito de una política de salud.

#### D.- DESPUES DE LA INTERVENCION MILITAR (1935-1950)

De hecho, después de la ocupación norteamericana, los servicios de salud en Haití empiezan una etapa de regresión. Varios establecimientos de salud dejan de funcionar a causa de dificultades económicas y de otro tipo. Los 12 hospitales existentes se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 1 en Port-au-Prince, con 525 camas, atendido por 32 médicos, los demás en las principales ciudades de provincia, Cap-Haitiën Port-de-Paix, en el norte; Gonaïves, St. Marc, Hinche y Belladere en el centro; Jacmel, Petit-Goave, Cayes Jeremie en el sur. Los hospitales de provincia tienen la asistencia de un total de 44 médicos y 944 camas. Existen además 101 camas en los hospitales y

clínicas privados situados principalmente en Port-au-Prince.

El país cuenta entonces con un total de 1570 camas. De los 292 médicos en actividad en 1948, 17 se encuentran estudiando en el extranjero, 150 radican en la capital y 99 ejercen en las principales ciudades de provincia lo que deja sólo 26 médicos para atender a las necesidades referentes a la salud de la mayoría de la población que vive en las pequeñas ciudades y las regiones rurales (2,500.000). A fin de remediar a esta situación, el Gobierno a partir de 1948 fomenta la preparación de auxiliares de servicios médicos (9 meses de estudio) para proceder a la reapertura de esos establecimientos. Sin embargo, la vigilancia ó supervisión médica de los dispensarios y clínicas rurales se manifestó muy deficiente. Más tarde, el departamento de salud pública asignó una decena de médicos a los distritos rurales, cada uno a cargo de un cierto número de clínicas y dispensarios. Pero nunca funcionó este sistema ya que los médicos no cumplieron con su responsabilidad alegando la falta de medios de comunicación y de recursos económicos. En conclusión el Departamento de Salud Pública hasta entonces no pudo resolver los problemas de salud en general, y particularmente las de las zonas rurales.

### III.- SITUACION ACTUAL DE LA SALUD

El gobierno haitiano, frente a este desastroso panorama propone un nuevo plan de salud Nacional, en el año de 1975, el cual está vigente.

A continuación esbozaremos los puntos principales de dicho plan.

#### A.- PLAN NACIONAL DE SALUD

##### a) Política de Salud

En el plan nacional de salud, se plantea la estrecha liga de la situación sanitaria con otros factores de orden socio económico de donde el plan nacional de desarrollo socio-económico tendrá resultados beneficiosos y positivos sobre el nivel de salud y viceversa.

El gobierno de la República de Haití se propone en su política de desarrollo económico-social aumentar gradualmente la cobertura sanitaria del país, incrementando y mejorando la red de establecimientos médico-sanitarios existentes, a fin de brindar los beneficios de la Salud Pública a la mayor parte de la población posible.

Los objetivos de esa política se resumen en lo siguiente:

- El aumento de la esperanza de vida al nacer de 47.5 años en 1971 a 52 años en 1980, esto que se logrará mediante la reducción de la morbilidad y mortalidad causadas por las enfermedades transmisibles, la malnutrición y las enfermedades perinatales.
- La población rural dispersa contará con servicios periódicos que se darán por brigadas móviles a partir de centros fijos establecidos en la región. Las poblaciones que no alcanzan 2000 habitantes, serán atendidos por establecimientos de salud "primaria" pero permanente, que se llamaran dispensarios. Estos podrán ser públicos o privados, pero siempre estarán integrados a la red de servicios del Departamento de Salud Pública. (programación de las actividades de los dispensarios ver documento).
- Las localidades de 2000 ó más habitantes, serán servidos por establecimientos de salud permanente, con ó sin cama de hospitalización, más complejos que el dispensario, llamados Centros de Salud y Hospitales. En las sedes de distrito y de región del sistema de salud, se ubicarán establecimientos capaces de realizar los servicios base y complementarios para que sea autosuficiente cada región sanitaria. Se propone fomentar la participación de la comunidad mediante la formación de un consejo comunitario ó de una cooperativa. (ver división sanitaria geográfica).

- Los objetivos específicos del plan nacional de salud en relación a las enfermedades transmisibles son:

Eradicar la variola y el pian.

Reducir la morbilidad y mortalidad causada por el tétanos.

Reducir la morbilidad y mortalidad causada por la tosferina y la difteria.

Reducir la morbilidad y mortalidad causada por la tuberculosis.

Reducir la mortalidad por infecciones gastro-intestinales en los menores de 5 años.

Erradicar la malaria del Territorio Nacional.

#### *Servicio Materno Infantil y Bienestar Familiar*

La prioridad será dada a la disminución de la mortalidad infantil y maternal.

Los medios usados para lograrlo serán:

Aumentar la asistencia médica a la población maternal, infantil y pre-escolar.

Aumentar el número de partos en los centros hospitalarios.

Registrar y capacitar a la totalidad de las "matronas".

Consolidar y extender los servicios de planificación familiar a todos los establecimientos de salud del país.

Dotar todos los establecimientos de salud de un personal capacitado en obstetricia.

Dar una gran prioridad en la asistencia médica a los enfermos de menos de 1 año y de edad pre-escolar organizando los servicios médico-escolares.

### *Nutrición*

Disminuir la mortalidad por la malnutrición en los niños de menos de 5 años y reducir de manera significativa la de 3° y 2° grado.

Para eso se implementará una política de alimentación y nutrición dentro del plan de desarrollo económico-social promoviendo la educación alimentaria.

### *Asistencia Médica General*

Una atención particular será dada a la patología predominante en las diferentes regiones del país mediante el mejoramiento de los locales, del equipamiento y del personal de los establecimientos existentes y por la ampliación de la red de servicios de salud; por el mejoramiento de los sistemas de purificación del agua y la generalización en las escuelas de la cepillada dental con fluoruro.

### *Saneamiento Ambiental*

Suministrar agua potable a las principales ciudades y a las comunidades rurales más desarrolladas mediante el sistema de cañería; a las demás poblaciones rurales, dotarles de pozos públicos higiénicos.

Extender el programa de construcción de letrinas a todo el país.

Para realizarlo, se trabajará estrechamente con la división de higiene pública y el Departamento de Obras Públicas.

### *Salud Pública Veterinaria*

Evitar la muerte por carbón animal en los seres humanos.

Erradicar la rabia animal, especialmente la rabia canina.

### *Control de Alimentos*

Disminuir las enfermedades y las pérdidas económicas debidas a la contaminación microbiana, química y física de los alimentos.

### *Basura*

Asegurar la recolección, el transporte y la eliminación de la basura.

### *Servicios Complementarios*

*Nursing.* (guarderías y estancias infantiles)

Mejorar cuantitativa y cualitativamente la atención médica en los establecimientos del Departamento de Salud Pública.

### *Laboratorio*

Desarrollar los servicios de laboratorios de D.S.P.P., en un sistema regionalizado para apoyar en las actividades médico-sanitarias de todo el sistema de salud.

### *Vigilancia Epidémica*

Organizar unidades de vigilancia epidémica a nivel central y regional, mientras se desarrolla el proceso de regionalización de D.S.P.P.

### *Educación Sanitaria*

Realizar un importante programa de educación sanitaria, a partir de todos los establecimientos de D.S.P.P. de la enseñanza primaria, la radiodifusión, y los maestros.

## 6) DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

### *Sistema de Salud*

Implantar progresivamente las 5 regiones sanitarias del sistema del D.S. P.P. La región sanitaria comprenderá uno ó varios distritos sanitarios que deberá cubrir una población de 700,000 a 1,000.000 de habitantes, mediante una red organizada de establecimientos de salud.

### *Sistema de Estadística*

Este punto requiere de una atención particular inmediata, por su pésimo estado actual. Se perfeccionará y aumentará la cobertura de la información estadística necesaria al funcionamiento y al control del sistema de D.S.P.P.

### *Recursos Físicos*

Se proporcionarán 1200 camas de hospital general a fin de mantener hasta 1980 la tasa actual de 0.9 cama para 1000 habitantes. (población para 1980 6000.000 de habitantes). Las camas deberán proporcionarse a las regiones más desfavorecidas.

Se aumentará el número de establecimientos de salud elementarios e intermedarios, dispensarios y centros de salud, para atender a la mayor parte de las localidades entre 500 a 5000 habitantes.

#### *Recursos Humanos*

Adiestrar entre 1975-1980 a 600 médicos (100 por año) a fin de alcanzar la tasa de 1.78 médico para cada 10,000 habitantes (0.8 por cada 10,000 tasa actual).

Uno de los problemas a resolver es la ubicación o absorción por el D.S. P.P., de esos médicos ya que se forman actualmente 100 médicos al año.

#### c) PLAN DE REGIONALIZACION

El sistema de regionalización de los servicios de salud se define como un conjunto de elementos ordenados en unidades organico-funcionales llamados "regiones sanitarias", que deberán ser capaces de asegurar el uso metódico de los recursos humanos y materiales de las instituciones de salud públicas y privadas.

Los servicios deben ser accesibles desde el punto de vista físico, cultu-

ral y económico.

Los establecimientos de salud son de complejidad decreciente del centro a la periferia en un sistema piramidal cuya base la constituye, la periferia, o sea la zona rural, y la cúspide la Capital.

Cada región sanitaria está subdividida en Distrito Sanitario, el cual comprende a su vez áreas o unidades sanitarias.

La prestación de los servicios elementales se hace más compleja y más especializada según se va subiendo en los diferentes niveles de establecimiento hasta llegar al establecimiento más complejo que es el Hospital Regional.

#### *Región Sanitaria*

Es un subsistema regional del sistema nacional del D.S.P.P., administra los programas de salud destinados a satisfacer las necesidades de una población que varía entre 700,000 a 1,000.000 de habitantes bajo las normas establecidas por la dirección general de salud pública.

La región sanitaria deberá atender todos los casos de su jurisdicción. Sólo en casos excepcionales recurrirá al Hospital de la Universidad que tendrá el papel de hospital de referencia.

El país está dividido en 5 regiones sanitarias y 4 subregión: el área metropolitana.

Las 5 regiones son:

- 1.- Norte (Cap-Hatien)
- 2.- Noroeste (Gonaives)
- 3.- Centro (Hinche)
- 4.- Oeste (Jacmel)
- 5.- Sur (Cayes)

# DEPARTEMENT DE LA SANTE

HOPITAL	BUDGET	M.S.P.
HOPITAL	BUDGET	PAIS
DISPENSAIRE HOPITAL	BUDGET	M.S.P.
DISPENSAIRE HOPITAL	BUDGET	MISTE
DISPENSAIRE HOPITAL	BUDGET	PAIS
CENTRE DE SANTE	BUDGET	M.S.P.
CENTRE DE SANTE	BUDGET	MISTE
CENTRE DE SANTE	BUDGET	PAIS
DISPENSAIRE	BUDGET	M.S.P.
DISPENSAIRE	BUDGET	MISTE
DISPENSAIRE	BUDGET	PAIS



### *Distrito Sanitario*

Es un subsistema de la región sanitaria, bien definido geográficamente y administrativamente. Cuenta con un hospital de distrito, centro de salud y dispensarios. Una región puede tener varios distritos sanitarios.

### *Hospital Regional*

Es el establecimiento de salud de más complejidad de la región sanitaria, encargado de brindar la asistencia médico-sanitaria la más completa posible (curativo-preventivo). Será el centro de adiestramiento del personal médico-sanitario y de investigaciones biosociales. En fin, será el hospital de referencia de los establecimientos de menor importancia.

El tamaño del Hospital Regional será establecido en función de su radio de influencia y de la importancia de la región sanitaria. (200 a 300 camas).

### *Hospital de Distrito*

Cumplirá las mismas funciones que el Hospital Regional a una escala menor. No contará con todos los servicios de este último al cual remitirá los casos que requieran estos servicios. (100 a 200 camas).

### *Centro de Salud*

Es un establecimiento de complejidad intermedia dedicado principalmente a los cuidados ambulatorios. Según la importancia de la localidad donde esté ubicado y su alejamiento del centro hospitalario, contará o no con camas.

### *Dispensario*

Es la más pequeña unidad de salud, donde se realizan los programas de base, simplificados, así como la atención de ciertas emergencia sencillas.

#### IV ARQUITECTURA Y SERVICIOS DE SALUD

El planteamiento del plan nacional es muy lógico aunque, consideramos que existe una fuerte contradicción, entre las condiciones materiales de ubicación, transportes y estructuras de servicios médicos en los establecimientos de salud propuestos bien justificados en cuanto a la población que atenderán; pero ilógicos en cuanto al criterio de centralización con que están concebidos, dadas las características predominantemente rurales y de dispersión de la población del país.

#### % POBLACION RURAL POR DEPT. EN 1971

DEPARTAMENTO	POB. TOTAL		POB. RURAL		PORCENTAJE POB. RURAL
	PERS.	%	PERS.	%	
SUR	972.787	23	882.740	26	91
OUESTE	1.669.691	39	1.114.540	32	67
ARTIBONITE	755.760	17	665.210	19	88
NORTE	699.886	16	582.050	17	83
NORD OUESTE	216.504	5	190.380	6	88
TOTAL	4.314.628	100	3.434.920	100	80

\* FUENTE: INSTITUTO HAITIANO DE ESTADISTICA (I.H.S.)

Por lo tanto sostenemos que una política de salud, que concibiera un sistema hospitalario eficaz, deberá considerar que, dado que el sistema de salud rural predominantemente necesario en el país es diferente al urbano, porque desempeña un papel no solamente curativo sino también una función preventiva y de educación sanitaria y social y tomando en cuenta la mentalidad de las poblaciones rurales a quienes está dirigido y de las que depende el éxito de esa organización, es fundamental encontrar la manera adecuada en que ésta se ponga a la disposición de los campesinos, y es en sus propias localidades, en donde estos establecimientos deberán construirse con las dimensiones y características que cada situación demande.

Por esto, la arquitectura jugará un papel importante en la aceptación de estos servicios y contribuye a asegurar su éxito o fracaso.

#### LA REGION SANITARIA DEL SUR

La elección de esa región, para el desarrollo de los proyectos arquitectónicos de solución, se debe a diversos factores que a grandes rasgos son los siguientes:

La necesidad de reducir el campo de trabajo a fin de llegar a proposiciones más apegadas a la realidad.

Las facilidades materiales encontradas en el país, para la realización de la investigación de campo.

El hecho de que esta región es actualmente el objeto de la atención preferente del Departamento de Salud Pública, considerándosele como región piloto donde se encuentran todas las nuevas unidades de salud.

#### SITUACION DE SALUD DE LA REGION SANITARIA DEL SUR

La Región Sanitaria del Sur coincide con la jurisdicción del Departamento del Sur de la división político-administrativa del país. En tal sentido comprende los Distritos Sanitarios de Cayes, de Jeremie, y más de la mitad del Distrito de Petit-Goave. Asimismo comprende los arrondissements siguientes:

##### Distrito Sanitario de Cayes

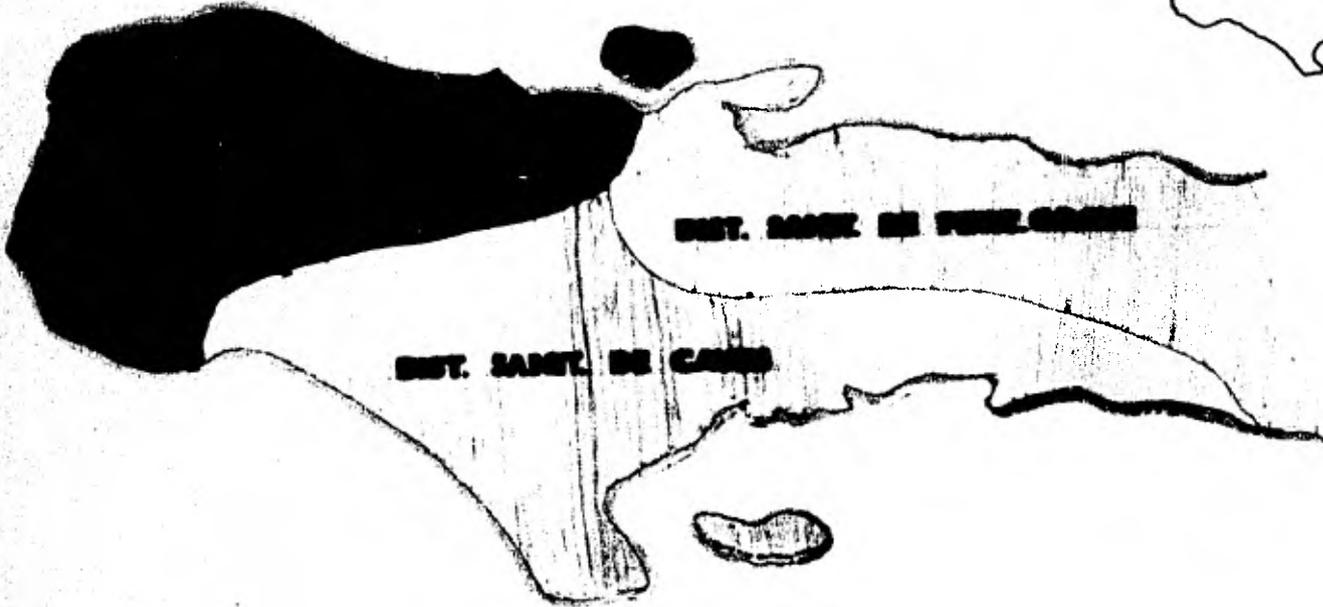
- Arrondissement de Cayes:

- Comunas de:

- Cayes
- Torbeck
- Port Salut
- St. Jean du Sud
- Camp Perrin
- Chantal



NOUVEAU LÉGISLATION

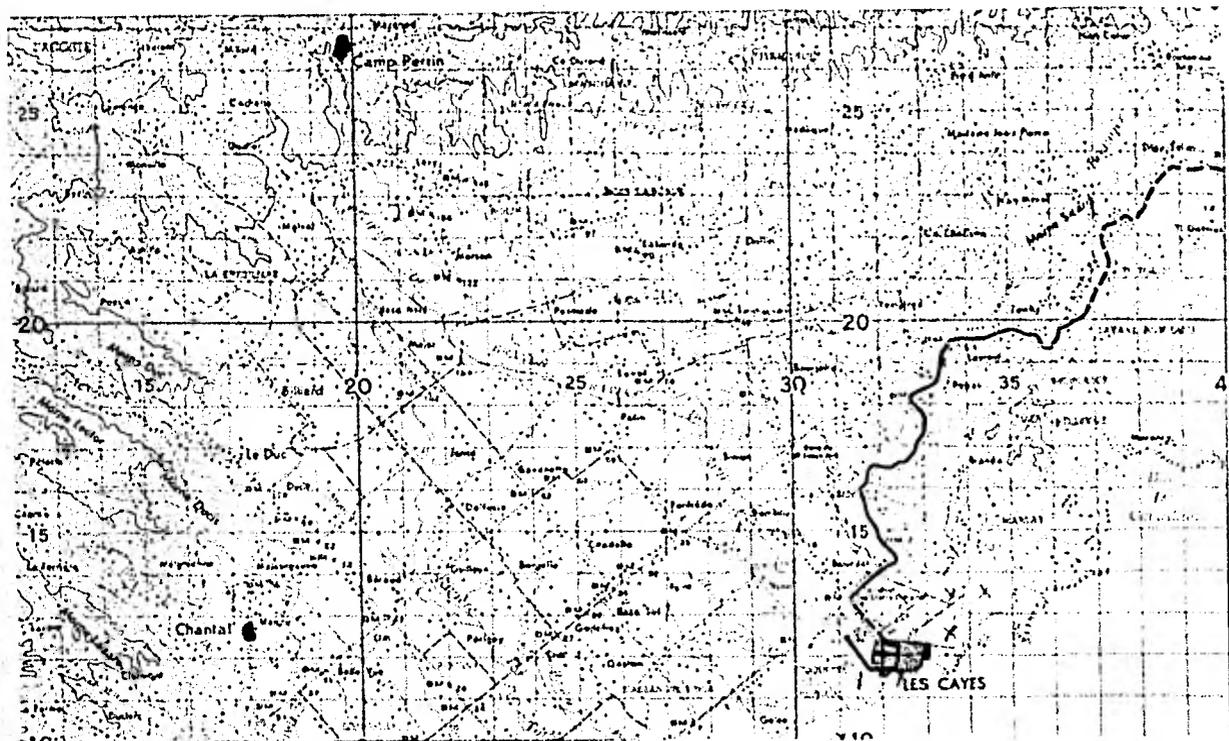


DIST. NOUVEAU LÉGISLATION

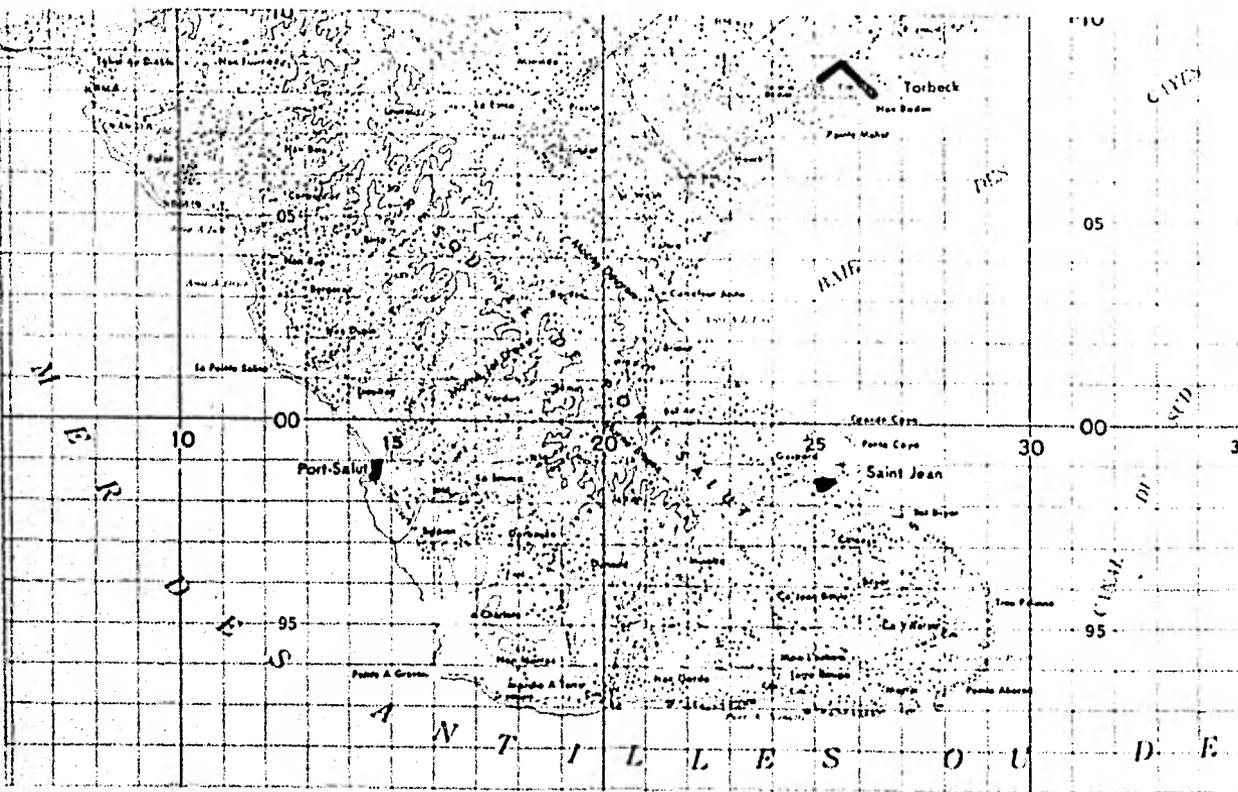
DIST. SAINT DE CASSIN

NOUVEAU LÉGISLATION  
DISTR. NOUVEAU LÉGISLATION  
DISTR. NOUVEAU LÉGISLATION

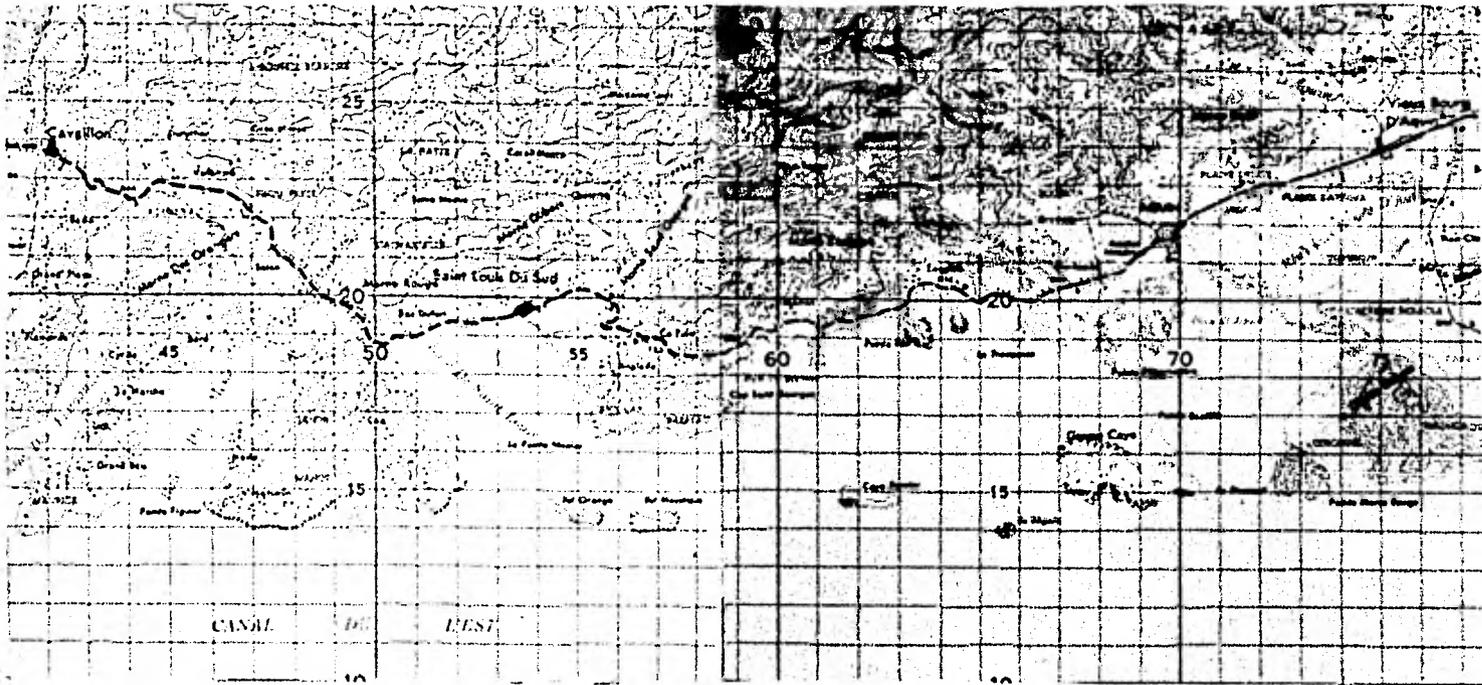
ME WINIFRED JEAN SALOMON



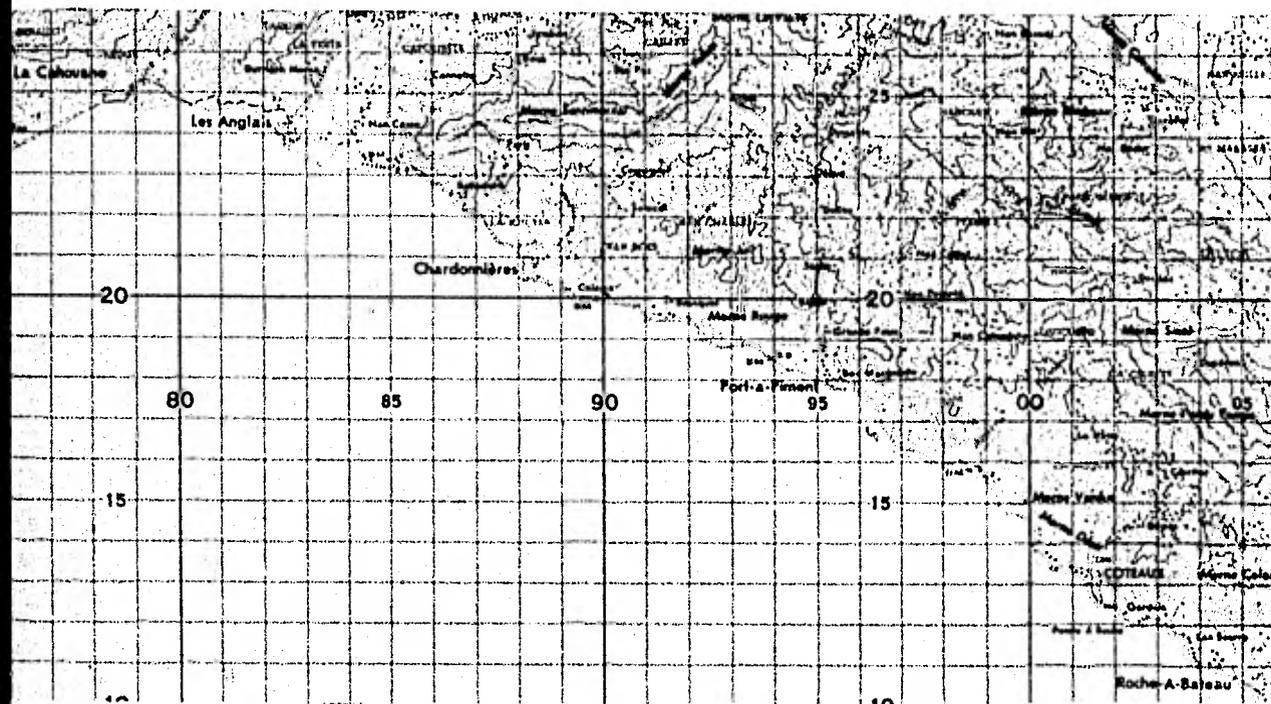
DISTRITO SANITARIO DE CAYES



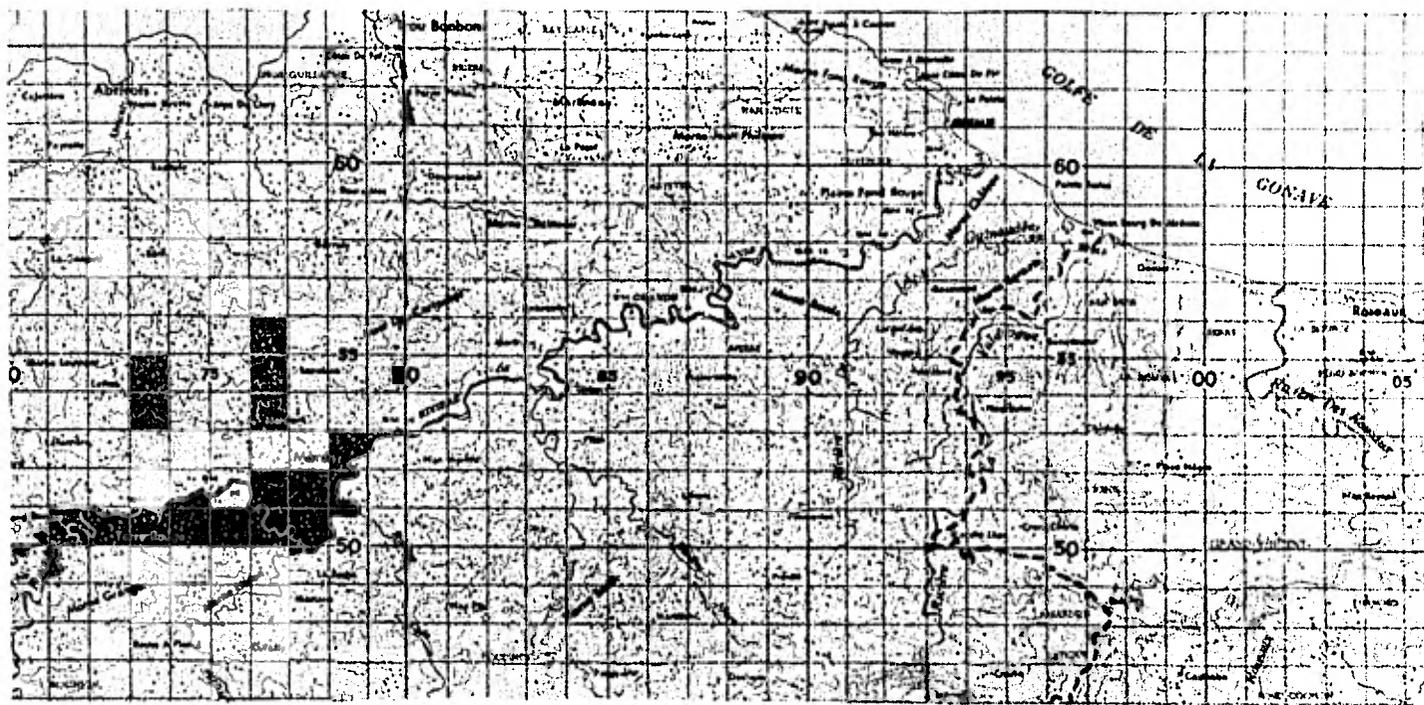
DISTRITO SANITARIO DE CAYES



**DISTRITO SANITARIO  
 DE CAYES**



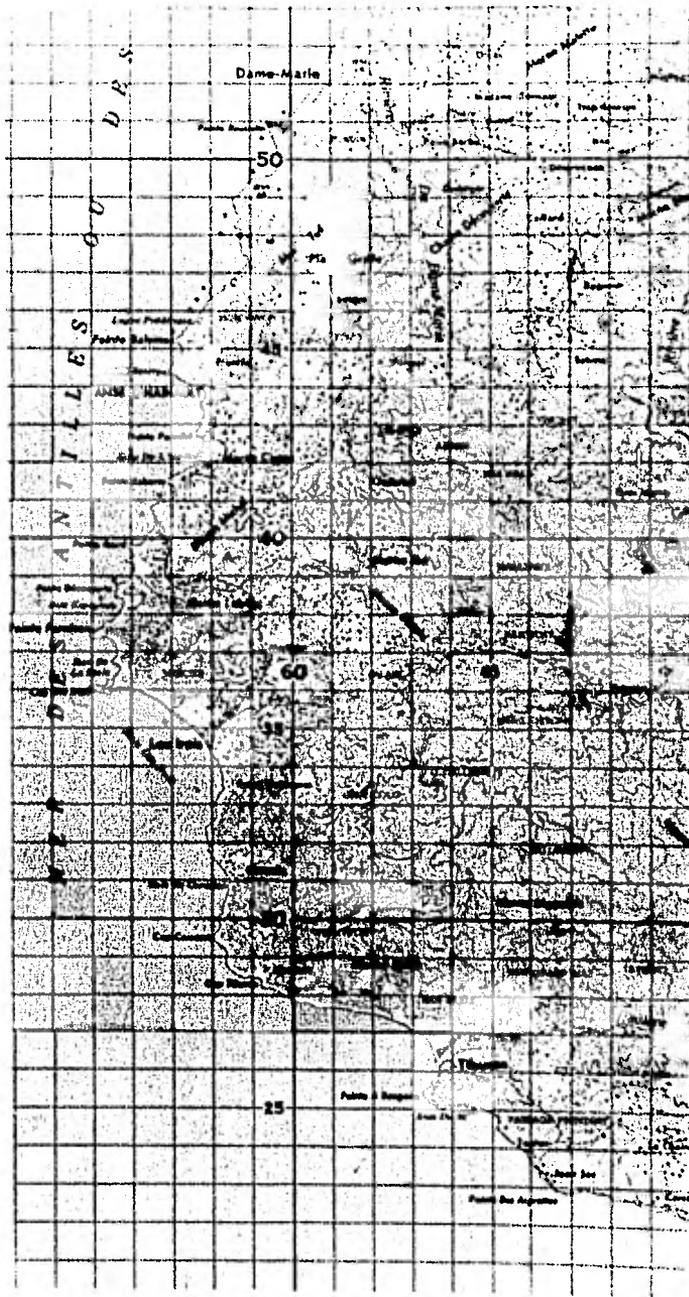
DISTRITO SANITARIO DE CAYES

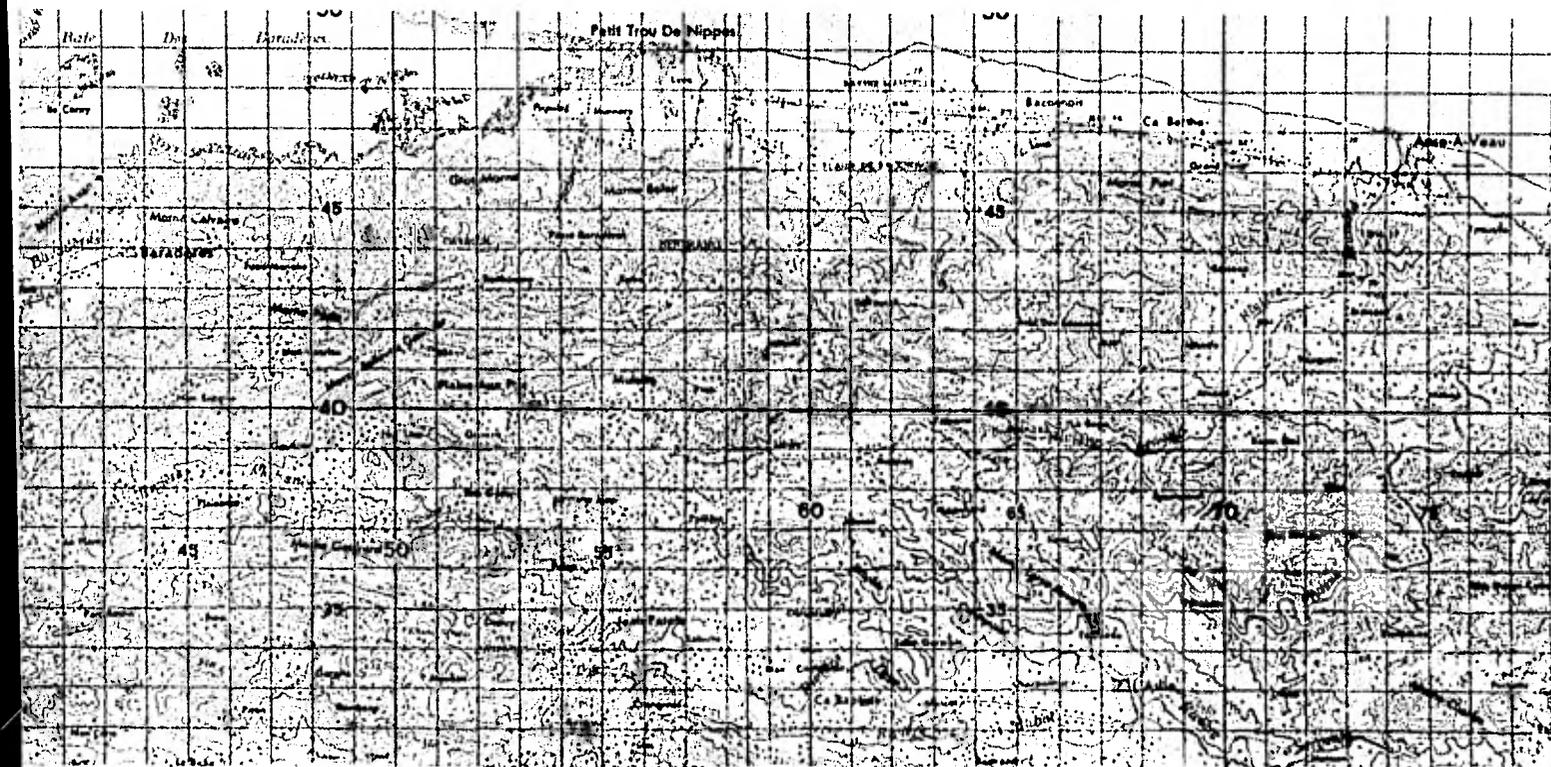


DISTRICTO SANTIAZO DE  
JEREMIE

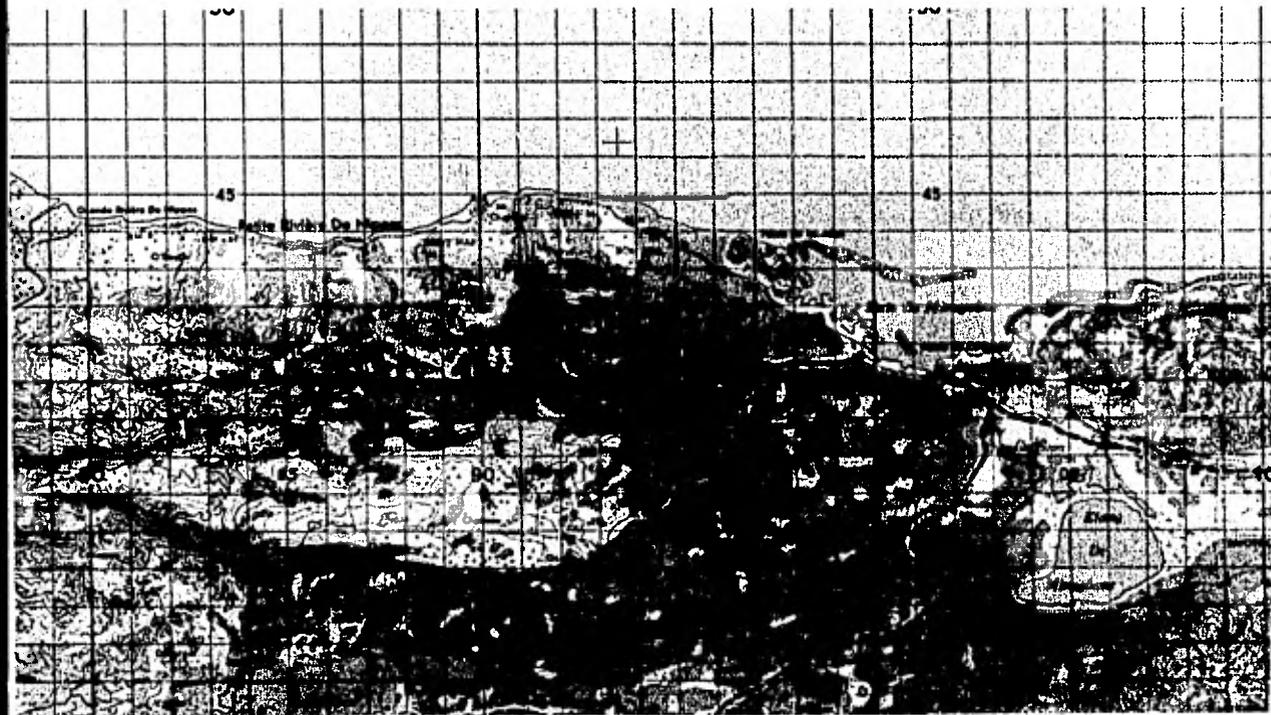


DISTRITO SANITARIO DE JEREMIE





DIST. SAINT. DE  
PETIT-COEUVÉ



DISTRITO SANITARIO DE PETIT-GOAVE

Distrito Sanitario de Petit Goave:

- Arrondissement de Nippes:

- Comunas de:

- Anse á Veau
- Miragoane
- Petit Trou de Nippes
- Petite Riviere de Nippes
- Baraderes
- L'Asile

**INFRAESTRUCTURA DE SALUD**

El Ministerio de Salud Pública es la única institución que presta servicios de salud a la población de la región. En esta expresión, dejamos incluidos al SNEM y a un conjunto de establecimientos de beneficencia privada (católicos y protestantes) que están diseminados en la región, y operan por convenio con el Estado Haitiano, como ya se señalará en la parte general. No existen instituciones privadas de lucro.

La Región Sanitaria, del Sur cuenta con 53 establecimientos de salud, lo que dan una tasa de un establecimiento por cada 20.000 habitantes.

LOCALIZACION



DISTRIBUCION DE  
LA POBLACION

DE WINFRED JEAN SALOMON

Distribución de Establecimientos y Población según División  
Política y Sanitaria. Región del Sur. 1973

Distrito Sanitario	Población	Establecimientos	Tasa por 10.000 hab.
<u>Total Región del Sur</u>	<u>1.016.784</u>	<u>53</u>	0.5
<u>Distrito de Cayes</u>	<u>519.664</u>	<u>26</u>	0.5
Arrondissement de Cayes	272.652	15	0.5
Arrondissement de Aquin	160.625	5	0.3
Arrondissement de Coteaux	86.387	6	0.7
<u>Distrito Sanitario de Jeremie</u>	<u>302.796</u>	<u>17</u>	0.6
Arrondissement de Grand'Anse	240.857	11	0.4
Arrondissement de Tiburon	61.939	6	1.0
<u>Distrito Sanitario de Petit Goave</u>	<u>194.327</u>	<u>10</u>	0.5
Arrondissement de Nippes	150.327	9	0.6
Comuna de Cotes de Fer	44.000	1	0.2

Como puede observarse en el cuadro superior sólo un arrondissement alcanza la tasa de un establecimiento de salud por 10.000 habitantes, Tiburon: 4 arrondissement tienen alrededor de un establecimiento por 20.000 habitantes, Cayes, Coteaux, Grand'Anse y Nippes. Cotes de Fer y Aquin tienen un estable-

cimiento por 40.000 habitantes aproximadamente. A este comentario debe agregarse que el 85% de los establecimientos son Dispensarios, que ofrecen una atención muy limitada. Claro que el hecho de que gran parte de la población es rural (91%) justifica la existencia de esta clase de establecimientos.

Se observa que para 1.016.784 habitantes, en 6.200 Km<sup>2</sup>, existen 3 hospitales, 4 Dispensarios-Hospitales, 1 Centro de Salud y 45 Dispensarios. Pero 2 hospitales se encuentran en la ciudad de Cayes (uno de ellos es para tuberculosos).

La disponibilidad de camas hospitalarias es de 0.30 por 1000 habitantes en promedio regional (ver cuadro a continuación y cuadro 16).

Distribución de camas hospitalarias y tasas según  
División Política y Sanitaria. Región del Sur. 1973

Distrito Sanitario	Población	Camas	Tasa por 1.000
<u>Total Región del Sur</u>	<u>1.016.784</u>	<u>309</u> (*)	0.30
<u>Distrito Sanitario de Cayes</u>	<u>519.664</u>	<u>168</u> (*)	0.32
Arrondissement de Cayes	272.652	152 (*)	0.56
Arrondissement de Aquin	160.625	4	0.02
Arrondissement de Coteaux	86.387	12	0.14
<u>Distrito Sanitario de Jeremie</u>	<u>302.796</u>	<u>85</u>	0.28
Arrondissement de Grand'Anse	240.857	85	0.35
Arrondissement de Tiburon	61.939	--	--
<u>Distrito Sanitario de Petit Goave</u>	<u>194,327</u>	<u>56</u>	0.29
Arrondissement de Nippes	150.327	56	0.37
Comuna de Cotes de Fer	44.000	--	--

(\*) Se han excluido 50 camas para tuberculosos, para considerar sólo camas generales de hospitalización.

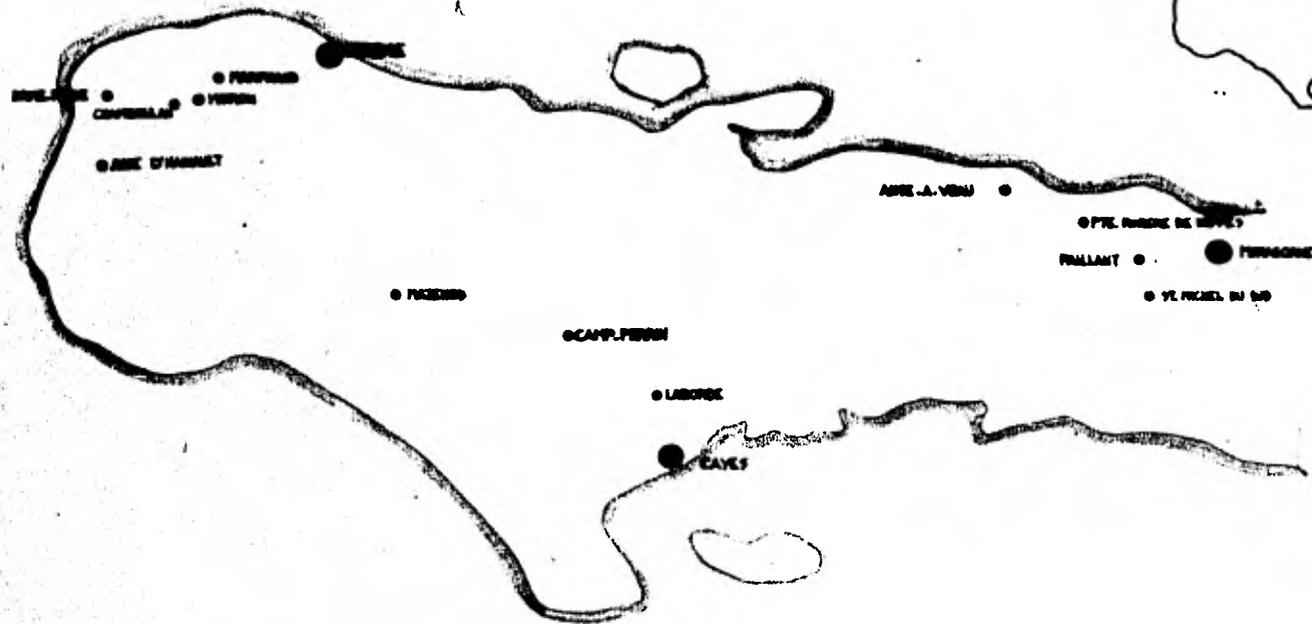
La distribución de camas es irregular y la disponibilidad en general es muy baja. El arrondissement de Cayes que presenta la tasa más alta, cuenta

la comuna de Cotes de Fer carecen de camas, y se encuentran alejados y con ma las comunicaciones de los centros de hospitalización existentes.

Distribución del Personal (tasas por 10.000 Hab.) según  
División Política y Sanitaria. Región del Sur. 1973

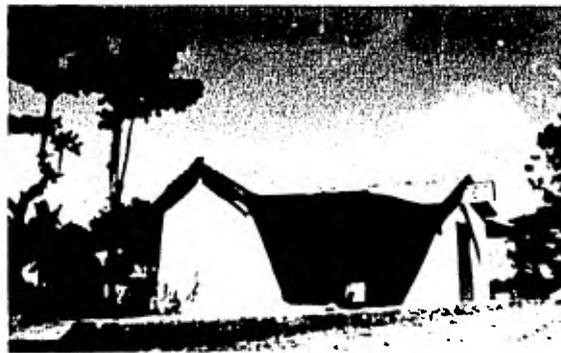
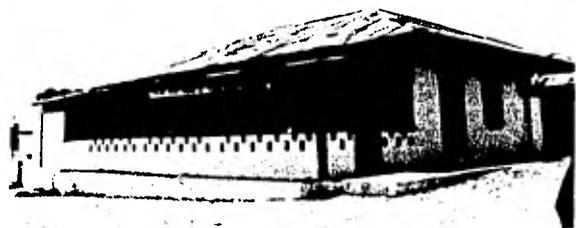
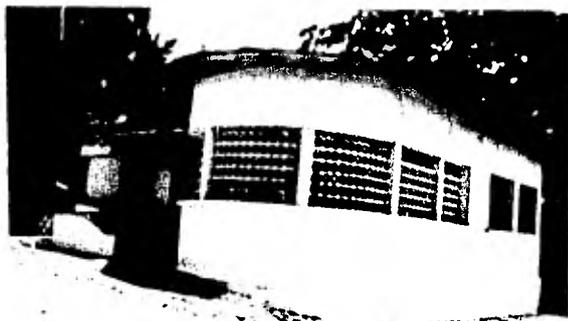
Distritos Sanitarios	Personal			Total
	Médicos	Enfermeras	Aux.Enferm.	
<u>Total Región del Sur</u>	<u>0.27</u>	<u>0.55</u>	<u>1.61</u>	<u>5.03</u>
<u>Distrito Sanitario de Cayes</u>	<u>0.29</u>	<u>0.69</u>	<u>1.81</u>	<u>4.68</u>
Arrondissement de Cayes	0.44	1.10	2.46	7.00
Arrondissement de Aquin	--	0.19	0.68	0.87
Arrondissement de Coteaux	0.35	0.35	1.85	4.40
<u>Distrito Sanitario de Jeremie</u>	<u>0.23</u>	<u>0.40</u>	<u>1.42</u>	<u>7.63</u>
Arrondissement de Grand'Anse	0.29	0.41	1.45	8.14
Arrondissement de Tiburon	--	0.32	1.29	5.65
<u>Distrito Sanitario de Petit Goave</u>	<u>0.31</u>	<u>0.41</u>	<u>1.34</u>	<u>7.05</u>
Arrondissement de Nippes	0.40	0.53	1.73	9.11
Comuna de Cotes de Fer				

LOCALIZACION



LOCALIZACION  
DE UNIDADES  
VISITADAS

ME WINFRED JEAN SALOMON



TIPOLOGIA DE  
FACHADAS...

CONSULTA



HOSPITALIZACION

RADIOLOGIA



LABORATORIO



LAVANDERIA



LETRINAS

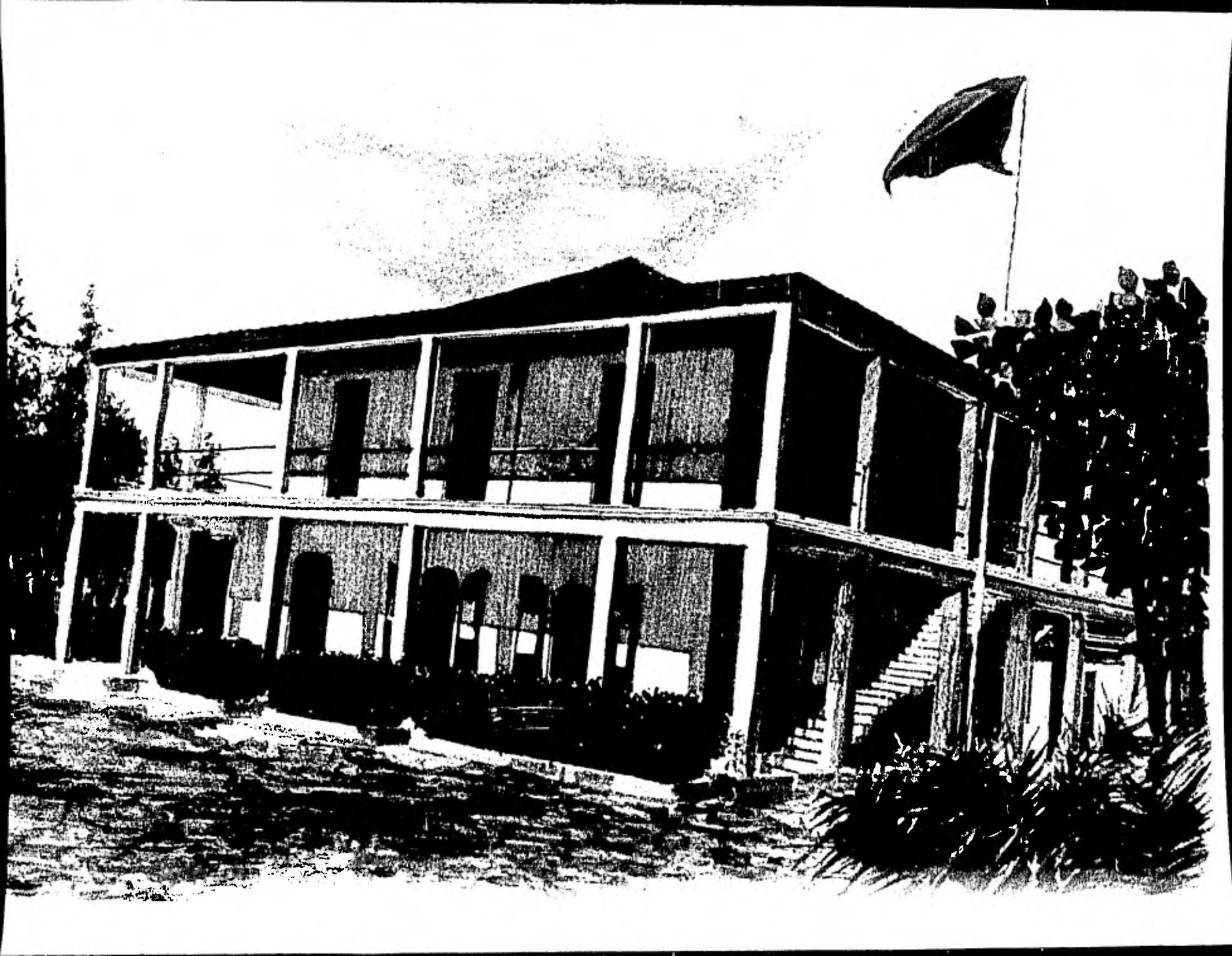


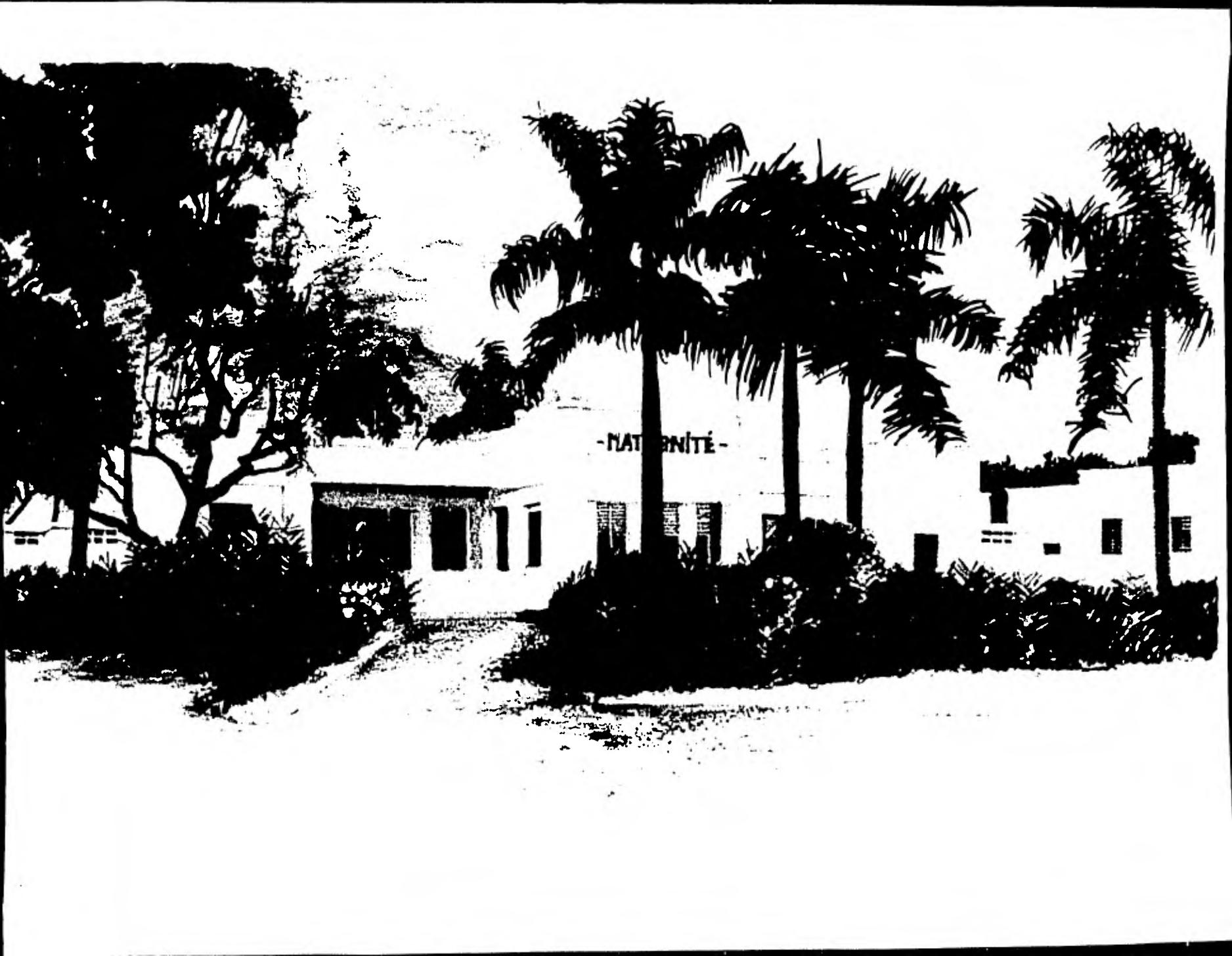
COCINA EXTERIOR



COCINA INTERIOR



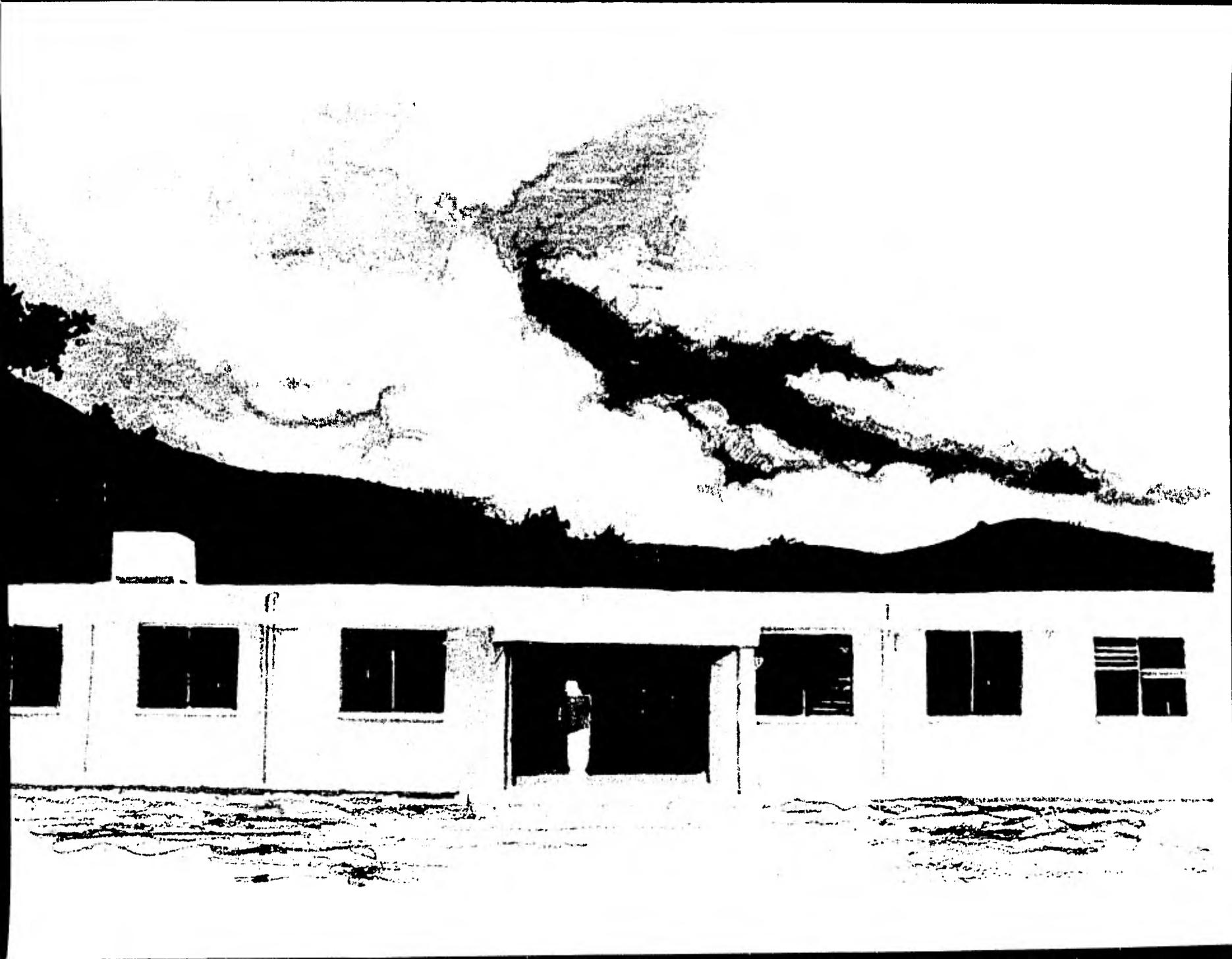


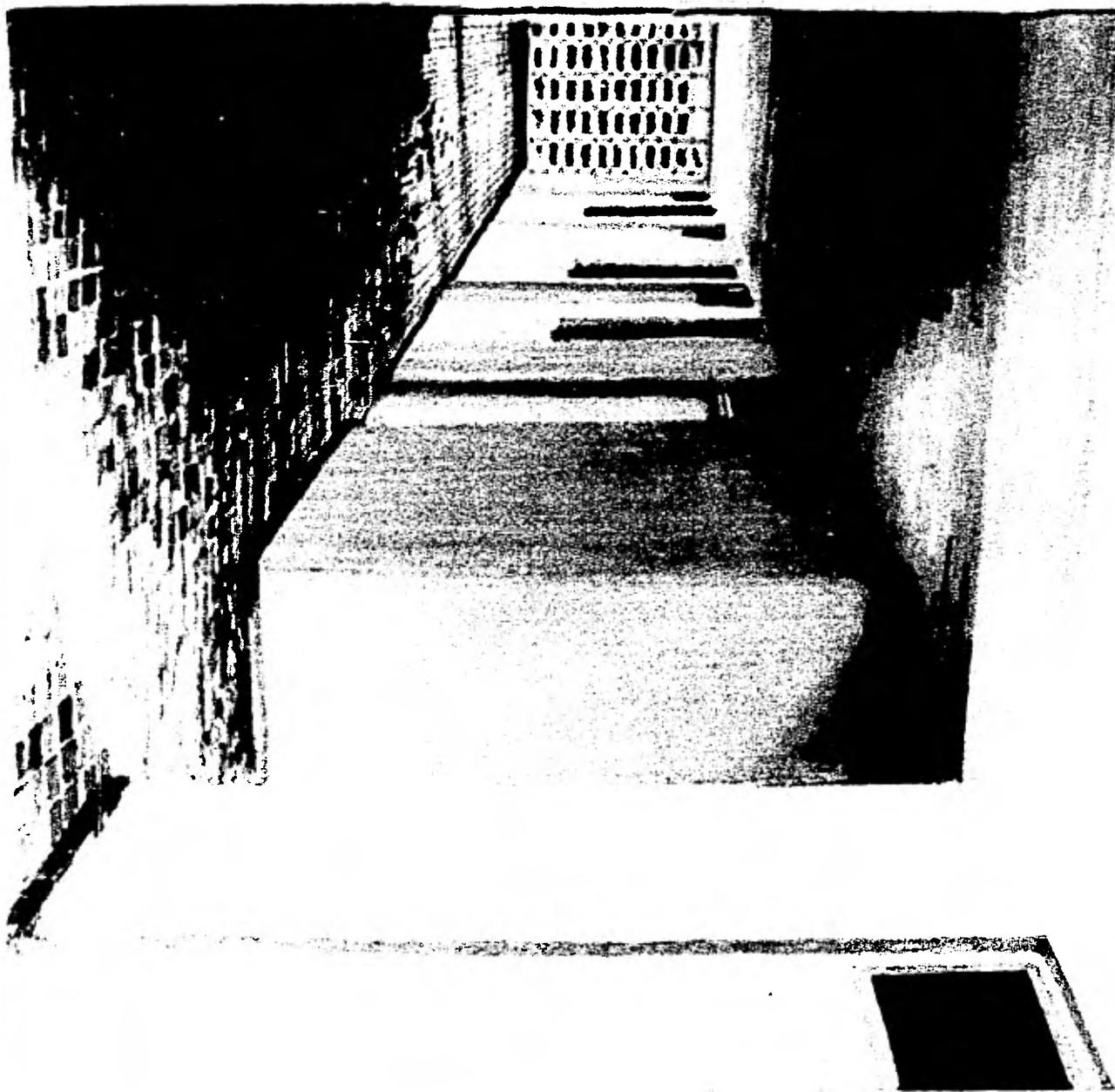


- MATERNITÉ -



PEDIATRIE









DISPENSARE

NOTRE DAME DES MALADES

CENTRE MEDICAL





## CRITERIOS ARQUITECTONICOS FUNDAMENTALES

La edificación para la salud en la zona rural debe ser parte integrante de la comunidad y su relación deberá ser lógicamente concebida, de acuerdo a las posibilidades locales de construcción y de mantenimiento.

La arquitectura de los edificios de salud rural, debe ser flexible a fin de adaptarse al posible desarrollo de los servicios de salud. La falta de estadísticas confiables y de planeación adecuada de esos servicios en los países subdesarrollados aconseja también esta flexibilidad.

. Se sistematizará la construcción, propiciando preferentemente el uso de la abundante mano de obra local.

. Se usarán materiales de baja condición térmica, lo más aislante posible, a fin de lograr un rápido enfriamiento de los locales que se calentaron en el día.

. La forma y los materiales de la techumbre se escojerán en función de las precipitaciones pluviales y el aislamiento térmico.

. Las superficies alrededor de los edificios no deberán ser reflectoras. Se usará materiales que absorben las radiaciones, a fin de reducir las al mínimo, pasto, taludes, etc...

## LOS ESPACIOS DE HOSPITALIZACION

- . Serán salas comunes con divisiones de paneles en caso necesario.
- . Esas salas serán muy sencillas y adecuadas para todo tipo de enfermedades.
- . La disposición de los elementos de uso deberá ser muy sencilla para facilitar el trabajo de las enfermeras, y de los médicos que siempre serán numéricamente pocos;

## SERVICIOS DE APOYO

Deberán constar de:

Un local para curaciones.

Un local de trabajo para las enfermeras.

Un local para la recepción y distribución de la comida.

Instalaciones sanitarias para los enfermos, que deberán ser concentradas, de fácil vigilancia, y fáciles de limpiar a cubetadas.

Closets empotrados en los muros.

## SERVICIOS TECNICOS

Los servicios técnicos deberán ser centrales, próximo a las zonas de hospitalización, la de consulta externa, y de medicina preventiva.

Estarán fuera de la circulación de los enfermos, y agrupados de manera que médico y enfermera no tenga que recorrer mucha distancia a menudo.

Deberán constar de:

Quirófano.  
Sala de Parto.  
Laboratorio.  
Electro radiología.  
Farmacia.

#### LA ZONA DE CIRUGIA (TOCOQUIRURGIA).

Incluye la cirugía aséptica, la séptica y la sala de parto.

Requieren de:

Iluminación especial.  
Lavabos para el aseo de las manos de médicos y enfermeras.  
Mobiliario especializado.  
Recubrimiento lavables y resistentes.  
Instalaciones para limpieza y esterilización de instrumentos..  
Iluminación natural evitando los rayos del sol directo, por esa razón no se recomienda la iluminación natural zenital y una iluminación artificial es indispensable.  
Control del calor húmedo (que cansa al cirujano y provoca accidentes a los enfermos anestasiados.

#### CUARTO SEPTICO

Este espacio es indispensable, para controlar cualquier posibilidad de con

taminación .

Un espacio para recibir los utensilios sucios.

Un espacio para el acomodo de los utensilios esterilizados

#### SALA DE RECUPERACION

Es un espacio con algunas camas, una mesa e instalaciones sanitarias elementales muy cercana a la sala de intervención.

#### LABORATORIO

En el caso de las unidades de salud en las zonas rurales así se denomina el espacio que tiene el material que permite un diagnóstico biológico sencillo. No tiene ningún material complicado.

#### RADIOLOGIA

Es necesario un espacio para un aparato de radiología que permita exámenes horizontales y verticales que requiere además de:

Cercanía con la consulta externa.

Vestidores.

Sala para revelar placas, y preparación de material

Ventilación natural para aeración entre cada examen.

## FARMACIA

Para la distribución de medicamentos, constituido de:

Espacio de espera público.

Almacén (guardado de material inflamable)

Mostrador

## CONSULTA EXTERNA

Esta sección incluye:

Protección materno infantil (separado de los demás espacios)

Sala de espera protegido del sol, amplia, bien ventilada y de fácil limpieza.

Instalaciones Sanitarias adecuadas.

Administración.

Sala de consultas.

Servicio de odontología.

\* Se usarán los mismos locales de la consulta externa para los servicios de medicina preventiva.

SERVICIOS GENERALES

Administración.

Cocina y servicios.

Lavandería.

Plan eléctrica.

Abastecimiento en agua.

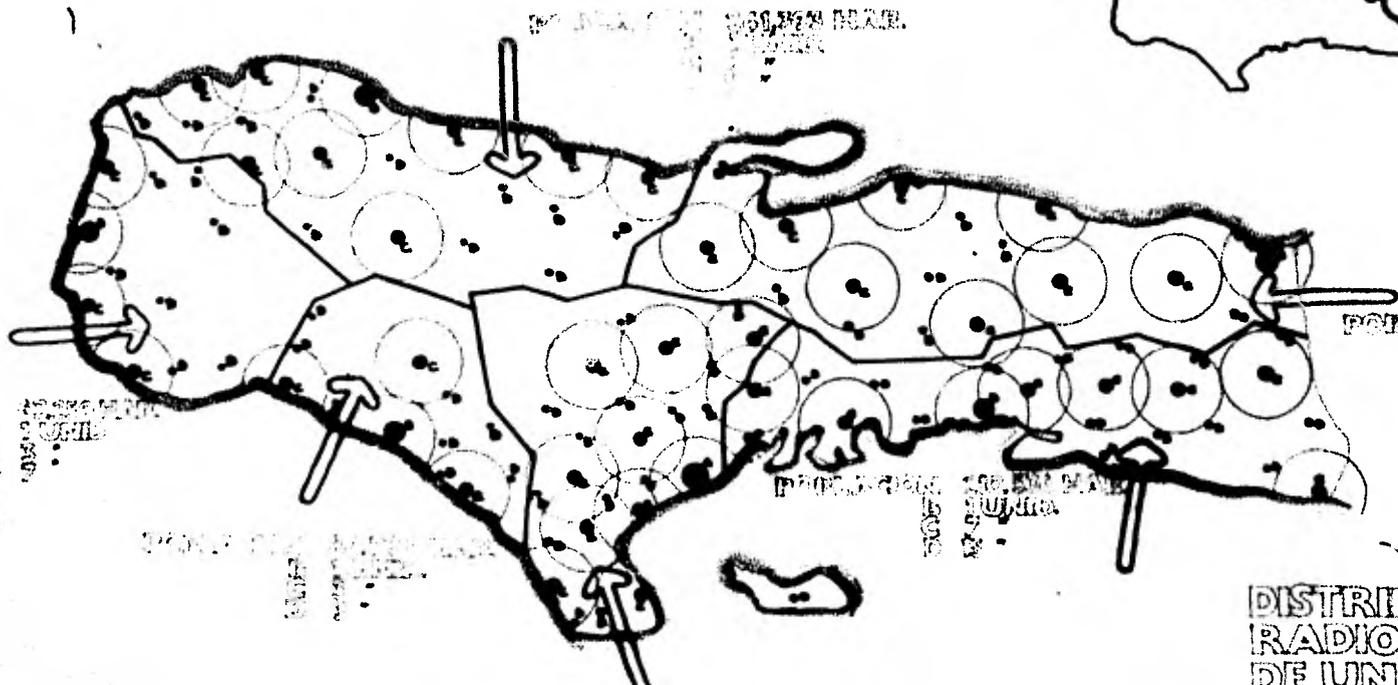
Evacuación de desechos.

Alojamiento del Personal.

Acceso y estacionamiento de ambulancias.

Servicio Mortuorio.

LOCALIZACION



POPULACION  
C  
D  
E  
F  
G  
H  
I  
J  
K  
L  
M  
N  
O  
P  
Q  
R  
S  
T  
U  
V  
W  
X  
Y  
Z

# DISTRIBUCION Y RADIOS DE ACCION DE UNIDADES DE SALUD

DEL VICEPRESIDENTE JEAN SALCORN

ALABAMA  
ARIZONA  
CALIFORNIA  
CONNECTICUT  
DELAWARE  
FLORIDA  
GEORGIA  
ILLINOIS  
INDIANA  
IOWA  
KANSAS  
LOUISIANA  
MARYLAND  
MASSACHUSETTS  
MICHIGAN  
MINNESOTA  
MISSISSIPPI  
MISSOURI  
MONTANA  
NEBRASKA  
NEVADA  
NEW HAMPSHIRE  
NEW JERSEY  
NEW YORK  
NORTH CAROLINA  
NORTH DAKOTA  
OHIO  
OKLAHOMA  
OREGON  
PENNSYLVANIA  
RHODE ISLAND  
SOUTH CAROLINA  
SOUTH DAKOTA  
Tennessee  
Texas  
Vermont  
Virginia  
Washington  
West Virginia  
Wisconsin  
Wyoming

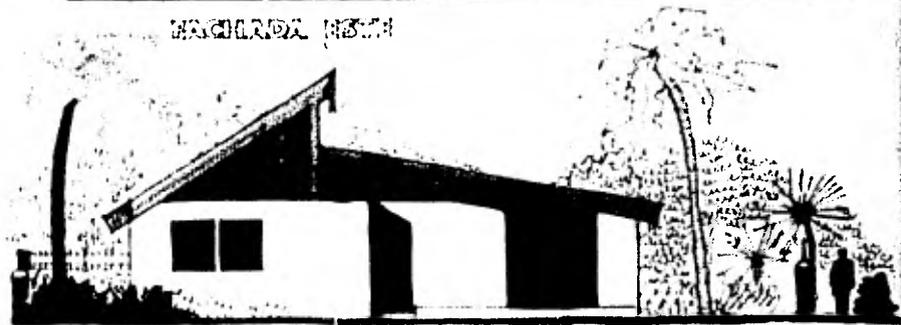
ALABAMA  
ARIZONA  
CALIFORNIA  
CONNECTICUT  
DELAWARE  
FLORIDA  
GEORGIA  
ILLINOIS  
INDIANA  
IOWA  
KANSAS  
LOUISIANA  
MARYLAND  
MASSACHUSETTS  
MICHIGAN  
MINNESOTA  
MISSISSIPPI  
MISSOURI  
MONTANA  
NEBRASKA  
NEVADA  
NEW HAMPSHIRE  
NEW JERSEY  
NEW YORK  
NORTH CAROLINA  
NORTH DAKOTA  
OHIO  
OKLAHOMA  
OREGON  
PENNSYLVANIA  
RHODE ISLAND  
SOUTH CAROLINA  
SOUTH DAKOTA  
Tennessee  
Texas  
Vermont  
Virginia  
Washington  
West Virginia  
Wisconsin  
Wyoming



PLANTA DE GOBIERNO



BACHADA NETA

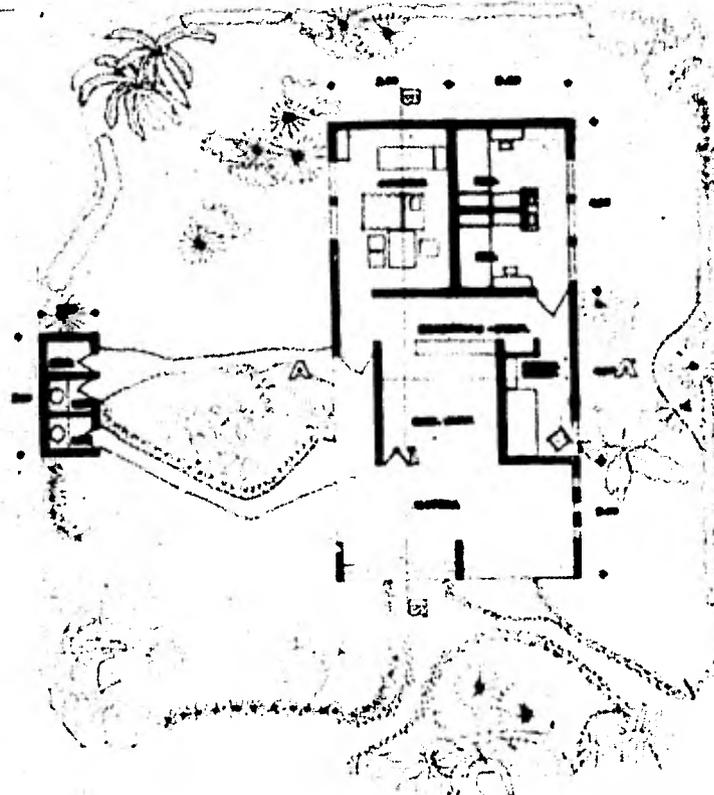


BACHADAZONA

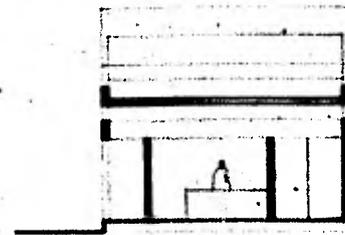
HSG. 1:50

DISPENSARIO TIPO

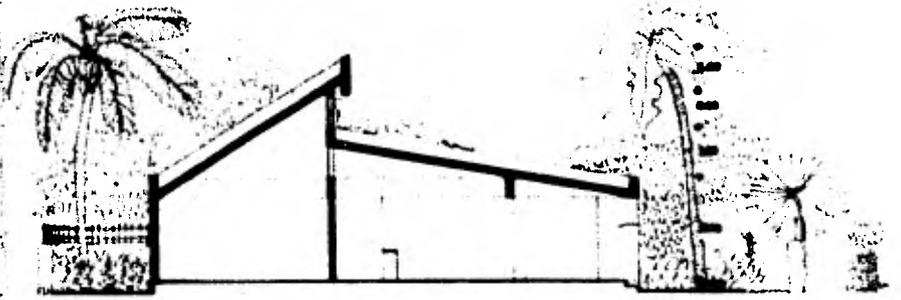
ME WINIFRED JEAN SALOMON



PIANETA RISSUCCIA TACCHERA.

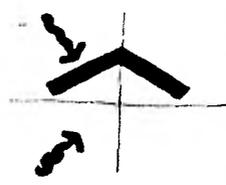
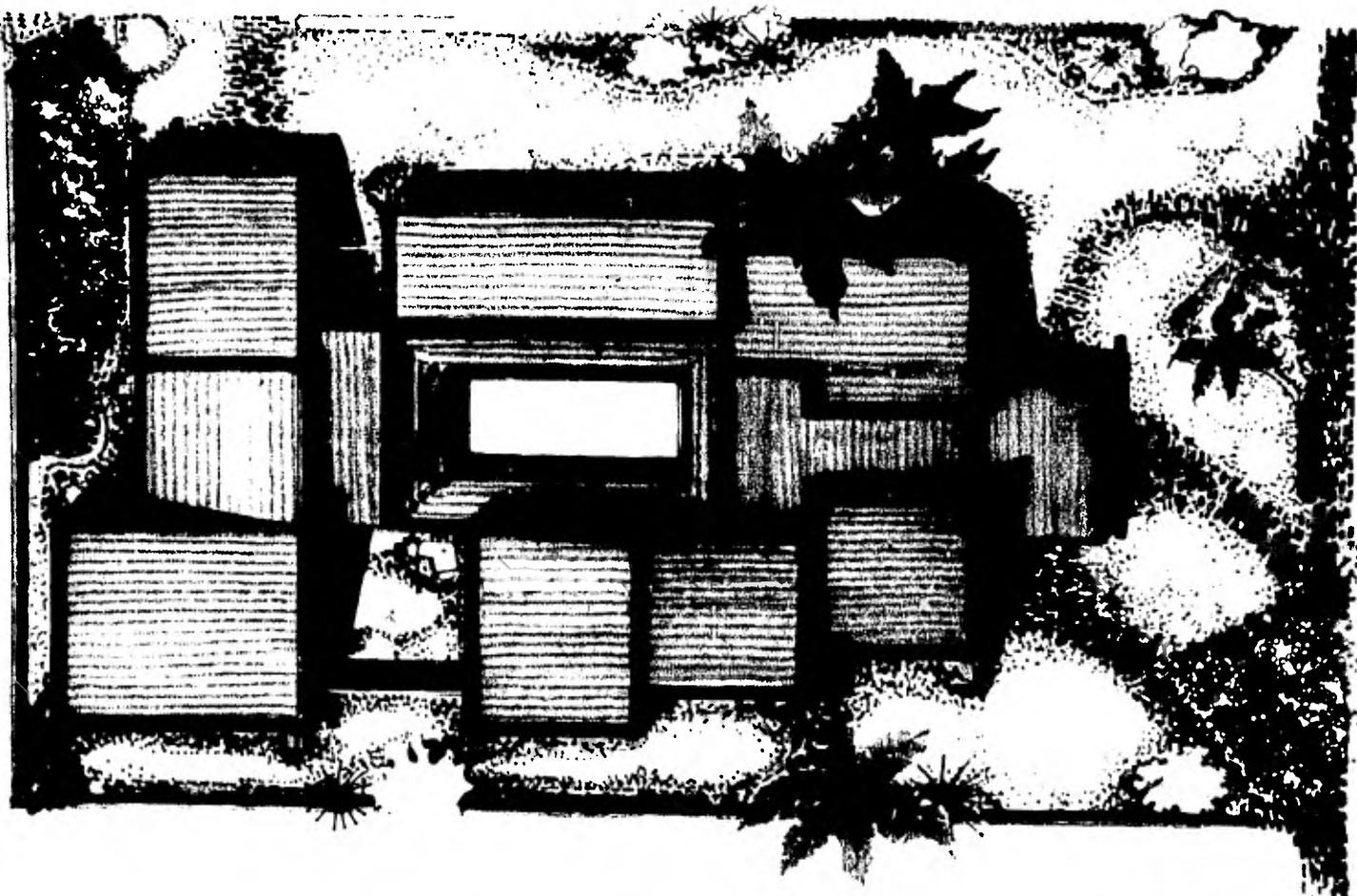


SEZIONE A-A



SEZIONE B-B  
SECC. C-C

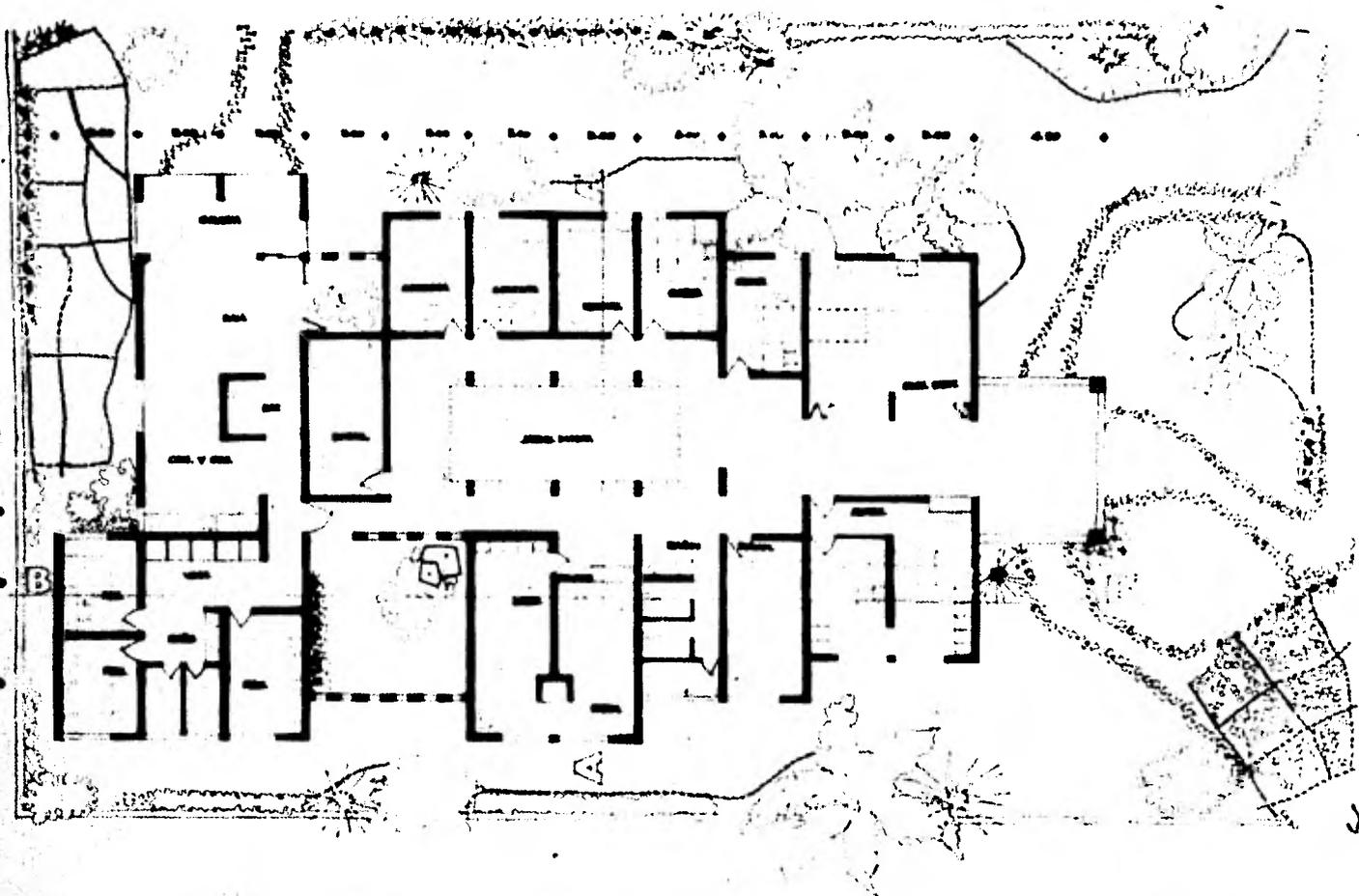
DISPENSARIO TIPO  
DEL VIGNETTO SAN SALVATORE



1940

MEMBER OF  
THE  
WIPPO

MR. WINIFRED JEAN SALOMON



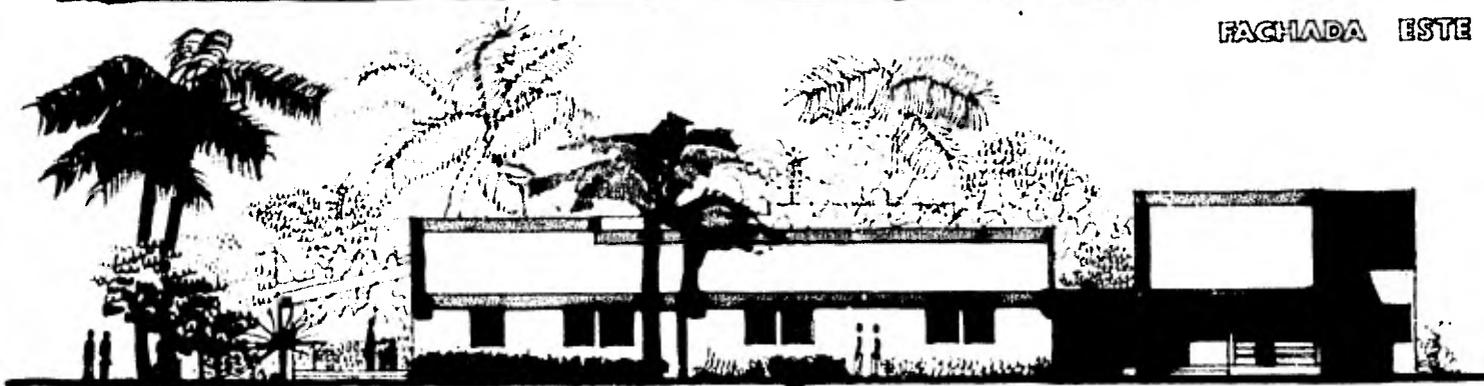
PLANTA DEL CENTRO DE SALUD TIPO  
ESC. 178

CENTRO DE  
SALUD TIPO

DR. WILFRIED JUAN SALAZAR



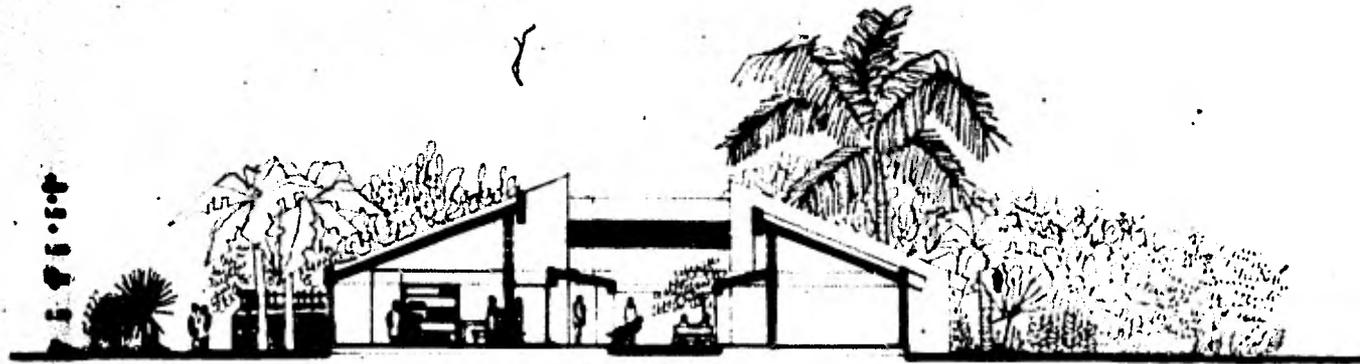
FACHADA ESTE



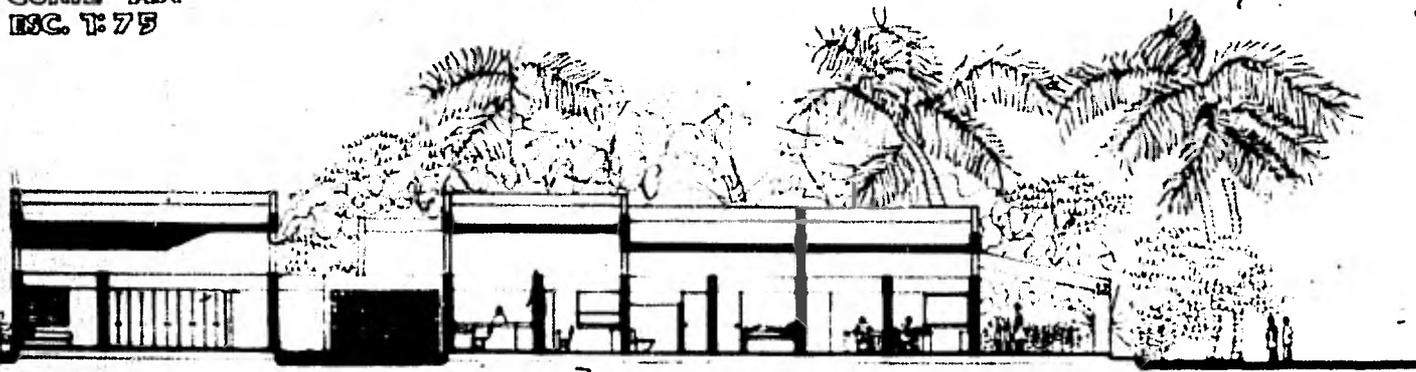
FACHADA SUR  
ESC. 1:75

CENTRO DE  
SALUD TIPO

DR. WINIFRED JEAN SALOMON



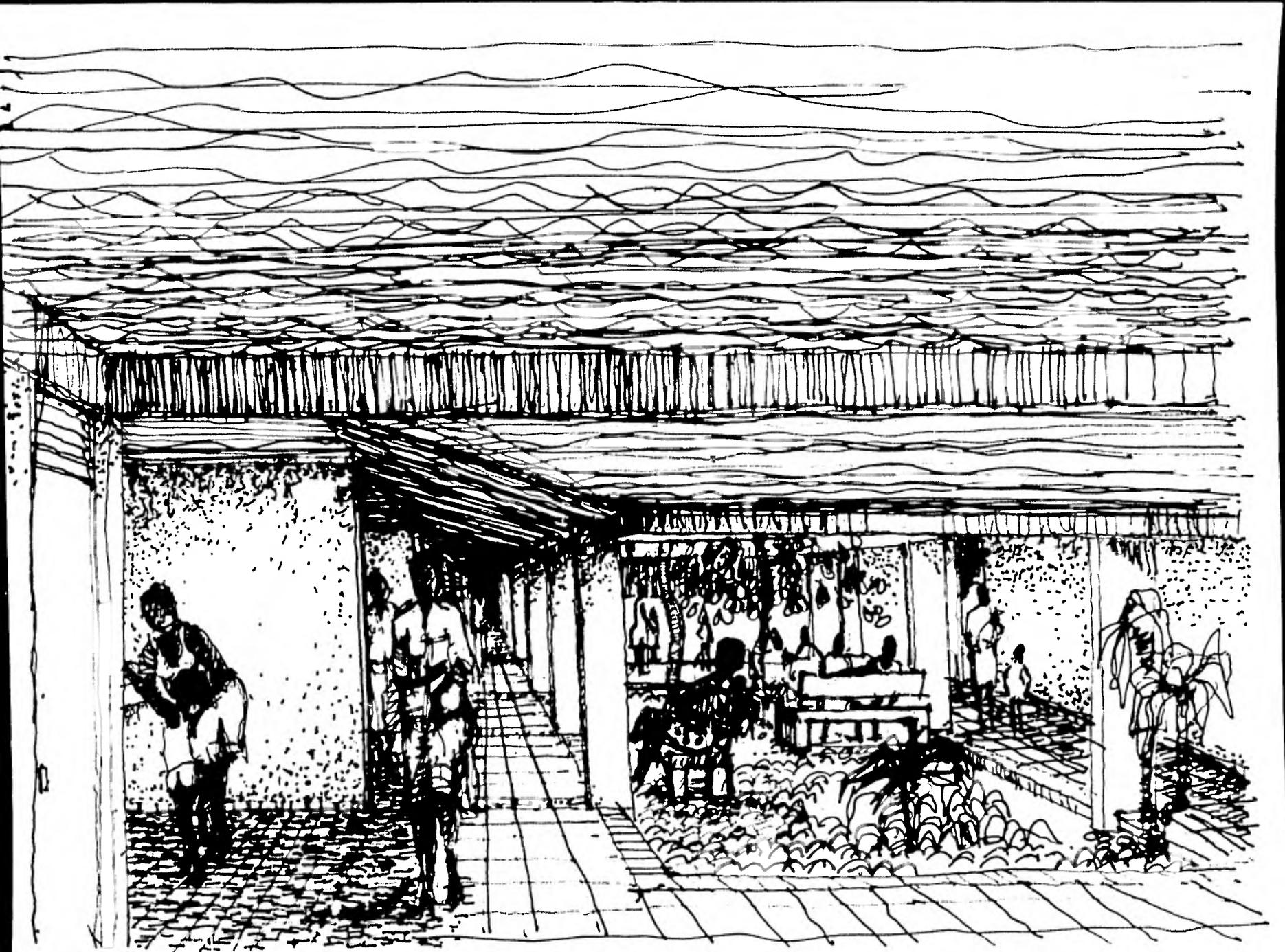
**CORTE AA**  
**ESC. 1:75**

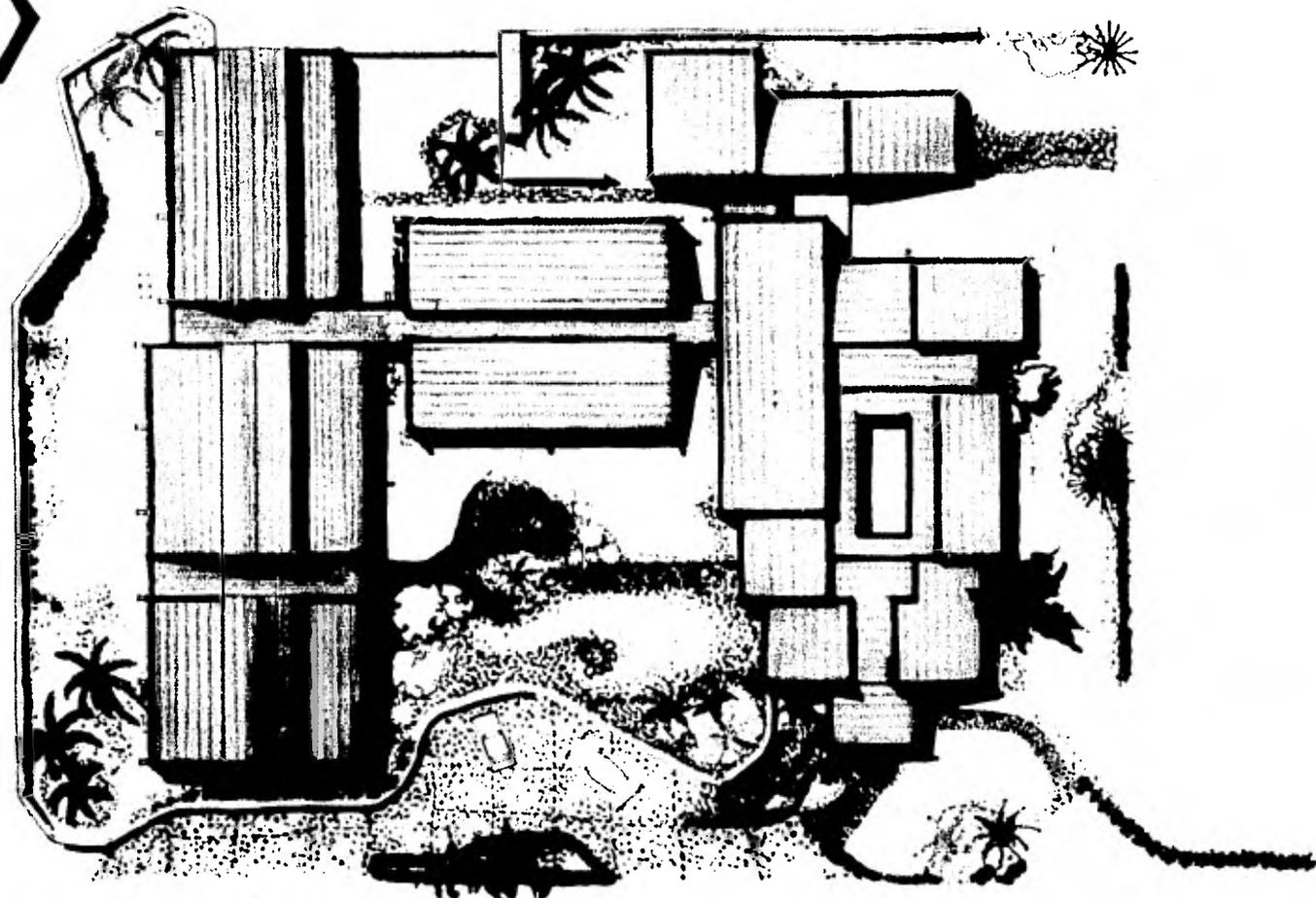


**CORTE BB**  
**ESC. 1:75**

**CENTRO DE  
SALUD TIPO**

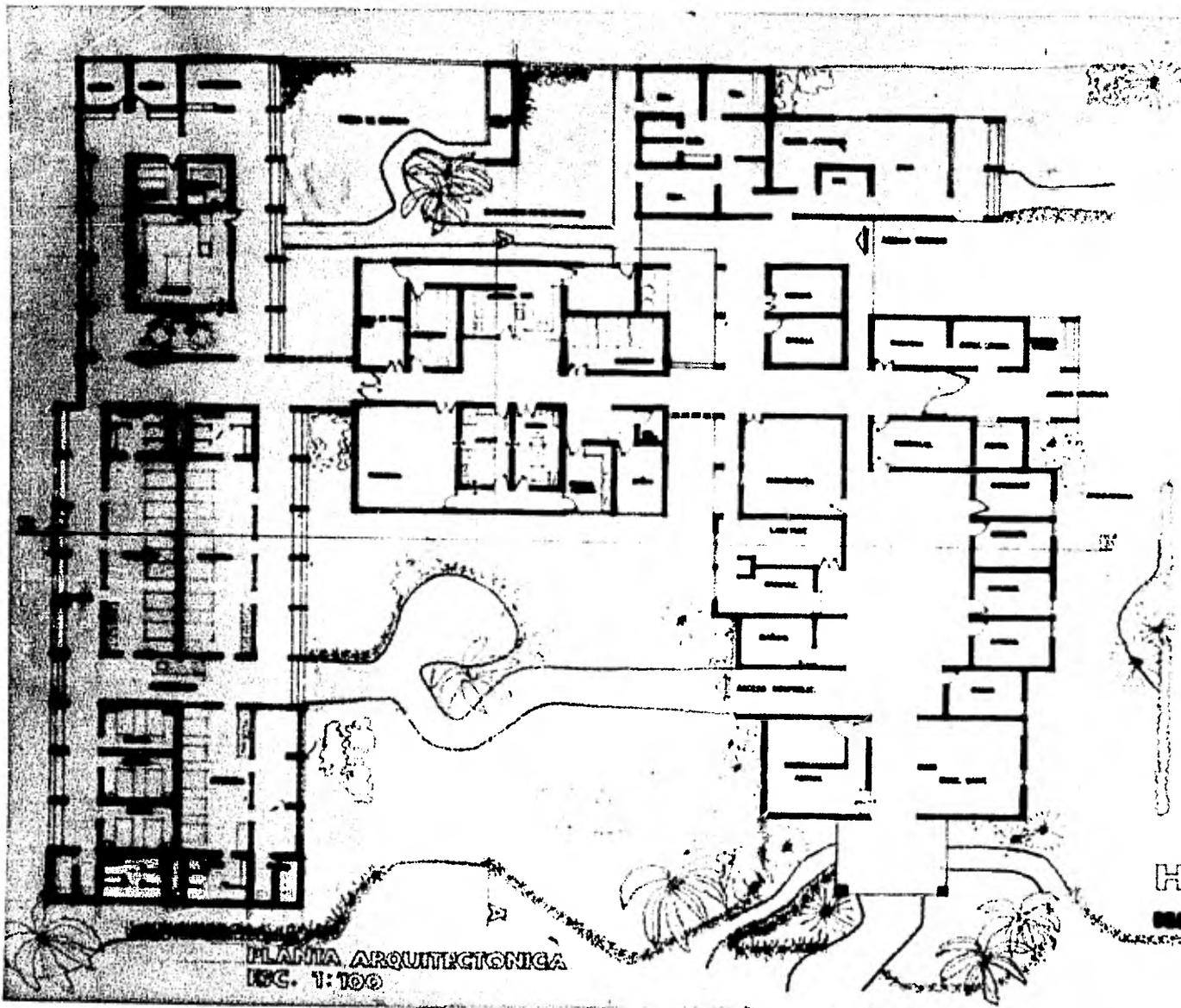
**EL. WILFRED JAN SALONON**





PLANTA DE CASERIO  
1950 1:150

HOSPITAL TIPO  
DE WINIFRED JEAN SALOMON



PLANTA ARQUITECTONICA  
ESC. 1:100

HOSPITAL TIPO  
DEL VICEROY JUAN BALBOA

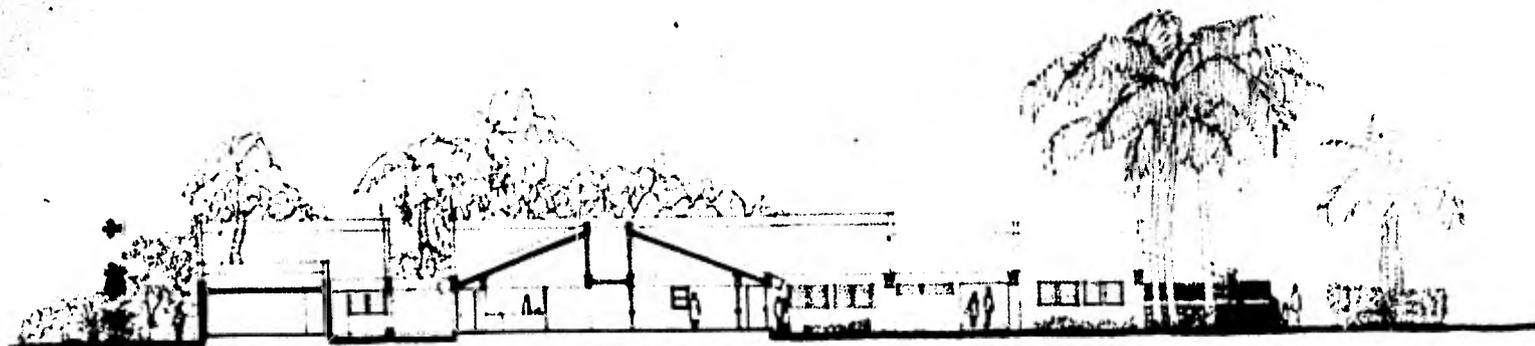


MR. HILARY GORD  
1941 1942



HOSPITAL TIPO

HOSPITAL TIPO  
DE WINDYD JAS SALONON

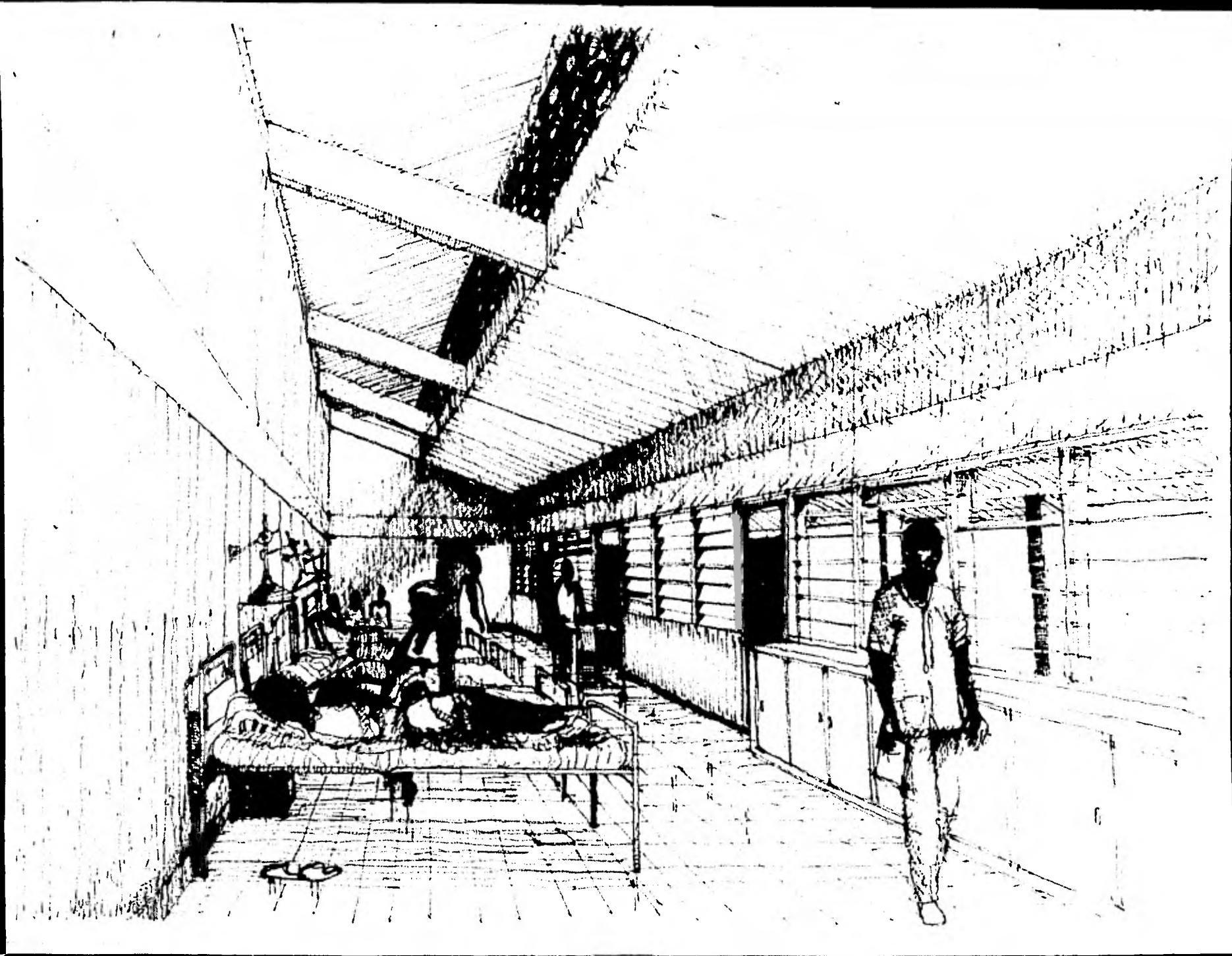


GRAND A.A.



GRAND B.B.  
ESC. 1:100

**HOSPITAL TIPO**  
**DE WILFRED JEAN SALOMON**





BIBLIOGRAFIA

- Anglade Georges L'espace Haitien. Presse de l'université de Quebec, Montreal, 1974.
- Bellerive Athenas Dr. Code d'Hygiene d'assistance publique et social Imprimere de l'etat. P-au-P, Haiti, 1954.
- Benoit Joachim Racines du Sous developpement en Haiti imprimerie Deschamps, Port-au-Prince Haiti, 1979.
- Bridgman R. F. L'hospital rural, sa structure et son organization O.M.S. Geneve, 1969.
- Bordes Ary Dr. Evolution des sciences de la Santé et de l'hygiene Publique en Haiti. Tomo I, Publication du Centre d'Hygiene Familiale.
- . Plan National de Sante, D.S.P.P. 1975.
  - . Proyecto de Servicios Rurales de Salud y desarrollo de las regiones sanitarias norte y sur de la República de Haiti. I parte, Prog. Gral.

- . Inventario de los recursos humanos, físicos y monetarios y de las actividades de los establecimientos de Salud del distrito Sanitario de Cayes. (proy. de Salud Rural: gobierno de Haití. O.M.S./OPS. UNICEF - PNUD)
- . Rapport annuel d'activites hospitalieres, Anné, 1974, D.S.P.P.
- . Bref Rappel de la Metodologie de la planification en Santé, Publique, D.S.P.P.
- . Rapport Sur la Santé. (Dept. du plan de Aménagement du territoire)
- . Règlement Generaux du D.S.P.P.
- . Les Bases fondamentales de la regionalization sanitaire.
- . Extention de la Converture des Services de Santé Bases sur la strategie des Soins Primaires et participation de la communauté.