



BIBLIOTECA ELECTRÓNICA
de
GEMINIS PAPELES DE SALUD

<http://www.herbogeminis.com>

CUESTIONANDO LA SOLUCIÓN:

**Las Políticas de
Atención Primaria de Salud
y Supervivencia Infantil**

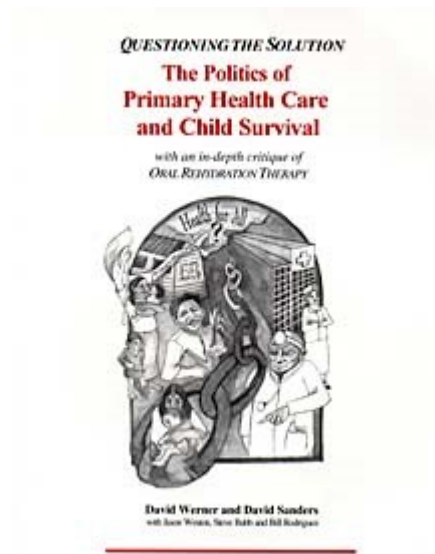
*con una crítica detallada de la
TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL*



David Werner y David Sanders

con Jason Weston, Steve Babb y Bill Rodríguez

Nota: Esta versión electrónica del libro ha sido realizada teniendo en cuenta a las personas con discapacidades.



CUESTIONANDO LA SOLUCIÓN: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil

con una crítica detallada de la
TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL

David Werner, autor de [Donde No Hay Doctor](#) y
David Sanders, autor de *The Struggle for Health*.
con Jason Weston, Steve Babb y Bill Rodríguez

ÍNDICE

Notas iniciales	7
Agradecimientos	9
Abreviaturas	11
Glosario	14

INTRODUCCIÓN: PROMESAS INCUMPLIDAS	
El fracaso de las estrategias internacionales de Salud y Desarrollo en proteger la salud y la vida de los niños	19

PARTE 1: ASCENSO Y CAÍDA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Introducción a la Parte 1	27
1. Vida y Muerte de un Niño: La Historia de Rakku	29
2. Fracasos y Logros Históricos del Modelo Occidental de Medicina en el Tercer Mundo	33
3. Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud	39
4. El Fracaso de la Atención Primaria de Salud y el Auge de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil	45
5. La Atención de Salud si las Personas Importaran	50
Conclusión a la Parte 1	56

PARTE 2: TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL ¿UNA SOLUCIÓN PARA LAS MUERTES POR DIARREA?

Introducción a la Parte 2	57
6. La Diarrea : Uno de los Grandes Asesinos de Niños	58
7. El Debate sobre la Rehidratación Oral : Sobres de SRO o Líquidos Caseros	68
8. Cuestiones Polémicas que Afectan al Éxito de Iniciativas sobre TRO	85
9. La Alimentación como Parte Clave de la TRO	96
10. TRO Basada en Alimentos	102
Conclusión a la Parte 2	111

PARTE 3: ¿QUÉ DETERMINA REALMENTE LA SALUD DE UNA POBLACIÓN?

Introducción a la Parte 3	112
11. Situación Sanitaria de Distintas Regiones en Distintos Momentos de la Historia: una Perspectiva Comparativa	113
12. Ganancias Sanas en un Mundo Moribundo: Tres «Industrias que Matan» y su Impacto sobre la Salud y la Supervivencia Infantiles	130
13. Convirtiendo la Salud en una Inversión: el Golpe Mortal del Banco Mundial a Alma Ata	150
14. Una Mirada a la Situación Actual: la Equidad como Determinante de la Salud	159
15. La Equidad como Solución Sostenible al Crecimiento de la Población y al SIDA	176
Conclusión a la Parte 3	185

PARTE 4: SOLUCIONES QUE LIBERAN A LOS POBRES: EJEMPLOS DE INICIATIVAS ORIENTADAS A LA EQUIDAD

Introducción a la Parte 4	186
16. Atención de Salud, Concienciación y Cambio Social	188
17. Control de la Diarrea basado en la comunidad en Mozambique	193
18. Programa Nacional de Alimentación Suplementaria para Niños de Zimbabue	199
19. De la Atención de Salud Comunitaria a la Lucha por la Tierra y la Justicia Social: un ejemplo de México	205
20. La Atención de Salud en el Contexto de una Revolución Social: el Ejemplo de Nicaragua	219
21. Salud para Nadie o Salud para Todos: la Necesidad de un Esfuerzo Unificado desde Abajo	229
Declaración de Ukunda sobre política económica y salud 13 de septiembre de 1990	239
Conclusión a la Parte 4: La necesidad de una «revolución en pro de la calidad de vida infantil»	242

APÉNDICE El Papel del UNICEF y la OMS	244
LISTA DE LECTURAS Lecturas Clave Relacionadas con las Políticas de Salud	252
REFERENCIAS	257
Acerca de los Autores	296
Lista de Traductores	297
Contraportada	298

GRÁFICOS, RECUADROS Y MAPAS

Lista de Gráficos

- I-1. [Cobertura vacunal](#) en los países en desarrollo (excepto China) *Introducción*
- I-2. [Muertes por sarampión y tétano](#) en el mundo (excepto China) *Introducción*
- I-3. [Aumento de refugiados en el mundo, 1960-94](#) *Introducción*
- 2-1. [Distribución de 12,2 millones de muertes](#) en niños menores de 5 años de países subdesarrollados (1993) *Capítulo 6*
- 2-2. [Tasas de Uso de la TRO, 1994](#) *Capítulo 6*
- 2-3. [Acceso global estimado a las SRO](#), y tasas de uso de las SRO o los LCRs (1985-1993) *Cap 6*
- 2-4. [Fórmulas de SRO de la OMS](#) (fórmula actual y fórmula propuesta de osmolaridad baja) *Cap 8*
- 2-5. [Efecto de diferentes indicadores sanitarios sobre el aumento de peso de los niños](#) *Cap 9*
- 3-1. [Comparación de indicadores](#) sanitarios, económicos y culturales entre varios países *Cap 11*
- 3-2. [Mortalidad infantil anual en Inglaterra y Gales](#) (1841-1971) *Cap 11*
- 3-3. [Mortalidad infantil y sus causas principales en la ciudad de New York](#) (1900-1930) *Cap 11*
- 3-4. [Comparación entre las tasas de mortalidad infantil de Suecia y Costa Rica](#) (1910-1990) *Cap 11*
- 3-5. [Disminución de la TBC en Inglaterra y Gales](#) antes de las medicinas antituberculosas (1838-1970) *Capítulo 11*
- 3-6. [Deuda externa](#) de los países subdesarrollados (1970-1994) *Capítulo 11*
- 3-7. [Deuda del Tercer Mundo en relación con su PNB](#) (1970-1993) *Capítulo 11*
- 3-8. [Distribución mundial de los ingresos](#) *Capítulo 12*
- 3-9. [Gasto militar de EE.UU.](#) frente a los siguientes 20 presupuestos militares *Capítulo 12*
- 3-10. [Gasto propuesto por el presidente Clinton](#) en 1997 *Capítulo 12*
- 3-11. [Asistencia de pacientes al puesto de salud de Dwease](#), Ghana, antes y después de las tasas a los usuarios *Capítulo 13*
- 3-12. [Población, indicadores económicos y progresos en la salud por región demográfica](#) (1975-1990) *Capítulo 13*
- 3-13. [Probabilidad relativa de morir en los países subdesarrollados](#) *Capítulo 13*
- 3-14. [Beneficios y costes de 47 intervenciones sobre la salud](#) *Capítulo 13*
- 3-15. [Valor de 1 año de vida / AVADs perdidos según edad de muerte](#) (mujeres) *Capítulo 13*
- 3-16. [Cambios en la distribución de la riqueza neta en EE.UU.](#) (1962-1989) *Capítulo 14*
- 3-17. [Tasas internacionales de homicidios](#) *Capítulo 14*
- 3-18. [Comparación entre indicadores económicos, sanitarios y educacionales de Brasil y Costa Rica](#) *Capítulo 14*
- 3-19. [Comparación entre Kerala y el resto de la India:](#) economía, salud, educación y planificación familiar *Capítulo 14*
- 3-20. [Logros significativos de Cuba en la salud](#) *Capítulo 14*
- 3-21. [Contribución de los niños a la economía familiar](#) *Capítulo 15*

- 3-22. [Tasa de natalidad de Cuba \(1954-1994\)](#) *Capítulo 15*
- 3-23. [Proporción de la población viviendo en áreas urbanas](#), por regiones (1970, 1990 y proyecciones 2025) *Capítulo 15*

Lista de Recuadros

- [Declaración de Alma Ata](#) *Capítulo 3*
- [Gama de métodos de rehidratación](#) para niños con diarrea *Capítulo 7*
- Promoción de la TRO, [producto frente a proceso](#) *Capítulo 7*
- Cómo tratar la diarrea en el hogar ([tarjeta para la madre](#)) *Capítulo 7*
- Principios sobre el [tratamiento casero de la diarrea con líquidos y alimentos](#) *Capítulo 8*
- [Distinta mortalidad infantil entre niños alimentados con pecho o con biberón](#) en una aldea típica del Tercer Mundo *Capítulo 12*
- [Resumen del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna](#) *Cap 12*
- [Estadísticas llamativas sobre salud, igualdad y razas en EE.UU.](#) *Capítulo 14*
- [Resumen del impacto en México del NAFTA y el ajuste estructural/medidas de austeridad](#) (1994) *Capítulo 19*
- [Efecto de los cambios de sistema político sobre la salud en Nicaragua](#) *Capítulo 20*
- Participación popular en acción: [el monstruo del sarampión](#) *Capítulo 20*
- [Cómo pueden los trabajadores de la salud actuar como agentes de cambio](#) *Capítulo 21*
- [Declaración de Ukunda](#) sobre política económica y salud *Capítulo 21*
- El [Consejo Internacional para la Salud del Pueblo](#) (CISP) *Capítulo 21*

LISTA DE MAPAS

- [Países del Tercer Mundo que se sometieron a programas de ajuste estructural](#) durante el periodo 1980-1991 *Capítulo 11*
- [Guyana, Sudamérica](#) *Capítulo 14*
- [Mozambique](#) *Capítulo 17*
- [México, Sinaloa y Chiapas](#) *Capítulo 19*

CUESTIONANDO LA SOLUCIÓN: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil

*con una crítica detallada de la
TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL*

David Werner y David Sanders
con Jason Weston, Steve Babb y Bill Rodríguez

Dibujos originales de Alicia Brelsford

Publicado por

HEALTHRIGHTS

Grupo de Trabajo a Favor de la Salud y los Derechos del Pueblo

Mientras la creación y el mantenimiento de unas condiciones de vida decentes para todas las personas no sean reconocidos como una obligación natural por todos los pueblos y países -mientras tanto- no podremos hablar, con un cierto grado de justificación, de una humanidad civilizada.

Albert Einstein, 1945

Para Quién Está Escrito Este Libro

Escribimos este libro para:

- **Estudiantes, promotores de salud, activistas y todos aquellos preocupados por problemas mundiales** como la salud, el desarrollo, la nutrición, los derechos humanos, el medio ambiente y la calidad de vida -especialmente cuando estos temas se refieren a niños en situaciones difíciles-. Hemos intentado proporcionar suficiente información de fondo para que los lectores poco familiarizados con cuestiones sobre salud internacional puedan seguir nuestro análisis.
- **Personas que trabajan o están interesadas en la Atención Primaria de Salud** y campos relacionados, particularmente en el Tercer Mundo.
- **Gente que planifica y elabora políticas de salud y desarrollo**, especialmente los que trabajan o se preocupan por la supervivencia y la calidad de vida de los niños, estrategias alternativas de desarrollo o terapias de rehidratación oral.

Cómo Está Organizado Este Libro

En este libro estudiamos los problemas de la Atención Primaria de Salud y la supervivencia infantil en comunidades y países desfavorecidos. Para ello, debemos investigar algunos de los puntos más espinosos del desarrollo social y económico. Hemos elegido la enfermedad diarreica -una de las principales causas de muerte de los niños empobrecidos- como centro para estudiar los complejos determinantes de la salud y la calidad de vida de los niños.

Comenzamos, en la **Parte 1**, con una breve perspectiva histórica de los servicios de salud desde los tiempos coloniales hasta los años 70. A continuación, hablamos del concepto de *Atención Primaria*

de Salud tal y como fue formulado en 1978 en Alma Ata. Analizamos las fuerzas que han llevado a las instituciones mundiales a abandonar el concepto integral y potencialmente revolucionario de la Atención Primaria de Salud por la estrategia más limitada de la Atención Primaria de Salud Selectiva y las intervenciones verticales en pro de la Supervivencia Infantil. Finalmente, consideramos algunos de los conceptos y políticas vigentes que deben ser superados; cuestionamos si las medidas tecnológicas y la planificación desde arriba son suficientes para resolver los problemas de salud relacionados con la pobreza y las estructuras sociales injustas.

En la **Parte 2**, como caso práctico, examinamos una de las intervenciones más pregonadas por la Atención Primaria de Salud Selectiva -la terapia de rehidratación oral (TRO)- que es muy promocionada en los países pobres para bajar la espantosamente alta mortalidad por diarrea. Vemos cómo la clase médica dirigente se ha resistido a aceptar avances, especialmente aquellos que desmistifican el conocimiento y dan a la gente común más control sobre su atención de salud. En este contexto, examinamos distintos métodos de TRO, tanto los que crean dependencia como los que fomentan la autosuficiencia. Vemos cómo la comercialización de la TRO ha convertido a una tecnología potencialmente salvadora de vidas en otra forma más de explotar a los pobres. Al final, esta *solución sencilla y barata* se ha hecho indebidamente compleja y costosa.

La **Parte 3** estudia los determinantes de la salud de las poblaciones desde una perspectiva histórica y contemporánea. Examinamos los factores que han reducido la mortalidad infantil y mejorado el nivel de salud de los países industrializados del Norte, y los comparamos con los que actúan en el Sur. Rastreamos desde la explotación colonial del pasado al «nuevo colonialismo» de la economía globalizada de hoy. Estudiamos cómo las instituciones financieras internacionales han perpetuado el subdesarrollo imponiendo políticas de ajuste estructural en los países endeudados. A continuación, hablamos del impacto de esas políticas sobre la salud y la calidad de vida de los más necesitados y analizamos cómo el creciente poder de las empresas multinacionales -y en concreto de las industrias farmacéuticas, de fórmulas infantiles y de armamento- influyen sobre las políticas públicas y ponen en peligro la salud de los niños. Después, observamos cómo unos pocos países que han tomado vías alternativas de desarrollo han logrado *buena salud a bajo coste*. Y vemos cómo la justicia -y la injusticia- social tiene que ver con el crecimiento de la población y el SIDA.

De una manera más positiva, la **Parte 4** concluye con algunos ejemplos de iniciativas que promueven la salud y buscan la igualdad. Abarca desde programas centrados en problemas urgentes y específicos (como la diarrea o la desnutrición), hasta ambiciosos intentos que colocan a la atención de salud en el contexto del trabajo por unas estructuras más justas y saludables. Sin embargo, dado el actual ambiente social regresivo del llamado *Nuevo Orden Mundial*, vemos que incluso estas iniciativas orientadas a la equidad están sufriendo reveses. A la vista de los crecientes obstáculos mundiales a este proceso, acabamos hablando de la solidaridad internacional y las redes populares necesarias para contrarrestar las actuales tendencias regresivas. Concluimos con que las estrategias de supervivencia infantil no son suficientes: nuestra meta debe ser asegurar el derecho de todos los niños -y todas las gentes- a una calidad de vida satisfactoria y sostenible. Esto requerirá unas estructuras sociales más equitativas, responsables y auténticamente participativas.

Un **Apéndice** al final del libro analiza la posición del UNICEF y la Organización Mundial de la Salud dentro de las estructuras mundiales de poder, y los determinantes sociopolíticos de la salud. Se continúa con una corta **Lista de Lecturas** sobre Políticas de Salud, abundantes **Referencias** y el **Índice Alfabético**

Agradecimientos

Muchas personas han ayudado de diferentes formas en las diversas etapas de este libro: investigación, recogida y organización del material de referencia, verificación, revisión del manuscrito, comprobación, indización, corrección de pruebas, diseño, gráficos y selección de ilustraciones. El libro ha sido, verdaderamente, un esfuerzo colectivo, y nos gustaría dar gracias de corazón a todos los que han ayudado... sobre todo a los que han trabajado tan duro y por tanto tiempo como voluntarios.

Por su ayuda en las primeras fases de este libro, nos gustaría agradecer en especial a Steve Babb sus meses de intensa investigación, comprobación de datos, redacción y edición; a Irene Yen por organizar y catalogar montañas de material de referencia; y a Lisa de Ávila por reorganizar el manuscrito. Por más de dos años de incansable colaboración en las etapas finales del libro, incluyendo investigación y redacción, maquetación de páginas y gráficos, recogida de datos, edición, solución de problemas con las computadoras e introducción de innumerables cambios en el boceto «final», nos gustaría expresar nuestro profundo aprecio a Jason Weston de HealthWrights. Y por la monumental tarea de revisar, corregir y condensar todo el manuscrito, estamos enormemente agradecidos a Bill Rodríguez de *Partners in Health* y a Tamitza Toroyán.

Por su revisión crítica del manuscrito en diferentes momentos de su elaboración, nos gustaría dar gracias a Robert Hogan y Elizabeth Mason de la OMS; William Greenough III, Norbert Hirschhorn y Charlene Dale de la *Child Health Foundation*; Pam Zinkin, María Hamlin Zúñiga, María Shiva, Michel Chossudovsky y David Legge del CISP; Michael Tan y Mary Grenough de la *HAIN*; Martin Khor de la Red del Tercer Mundo; Paul Ekins de la Otra Cumbre Económica; y Katherine Hodgkins y Andrew Chetley de AIS-Europa. Otros a quien agradecemos su ayuda para revisar el manuscrito o proporcionar más estudios o referencias son Robert Moy, Richard Carver, Julie Cliff, Joe Collins, Naomi Baumslag, Andrew Green, Carl Taylor, Walden Bello, Stina Almroth, Sue Fawcus, Meri Koivusalo y el amable equipo del Grupo de Acción sobre Recursos y Tecnologías Apropriadados para la Salud (AHRTAG). Por su ayuda en la revisión y en la corrección de pruebas damos gracias con afecto a Trude Bock, Renée Burgard, Bruce Hobson, Barry Goldensohn, Mari Quihuis, Dorothy Weston, Ted Weston, Edward J Weston, Lisa Wright y Lela Bachrach. Por su labor en la Lista de Lecturas sobre Políticas de Salud, damos gracias a Bruce Hobson, Katherine Acevedo y Pol de Vos. Por otro tipo de ayuda, como búsquedas bibliográficas y comunicaciones, mostramos nuestro agradecimiento a Merlin Schlumberger, Efraín Zamora y Dan Perlman.

Por sus bellos dibujos, diseñados a tono con las cuatro partes principales del libro, así como por la ilustración de la portada, estamos profundamente agradecidos a Alicia (Tattie) Brelsford, como lo estamos a Elizabeth Irwin y Molly Bang por su material gráfico. Por sus incalculables contribuciones al diseño de este libro y su portada, damos las gracias a Renée Burgard, Trude Bock y Jason Weston. Agradecemos a las numerosas fuentes y publicaciones que citamos más abajo el permiso para usar sus ilustraciones y gráficos.

Por su ayuda financiera damos gracias a Pan para el Mundo de Alemania y a Carol Bernstein Ferry. También damos gracias a la Fundación Hesperidan por su apoyo en las primeras fases del manuscrito. Por el impulso inicial para comenzar este libro estamos agradecidos a Joe Collins y al Instituto sobre Política Alimentaria y de Desarrollo. Y por todo su apoyo y soporte expresamos nuestra gratitud a nuestros amigos de HealthWrights (Grupo por la Salud y los Derechos del Pueblo) y del Consejo Internacional para la Salud del Pueblo.

Por la [labor de traducción](#), revisión, maquetación y coordinación de la versión española de este libro estamos enormemente agradecidos a David Pérez Solís, y a todos sus compañeros que prestaron voluntaria-mente su tiempo, energía, ilusión y habilidades para hacer este libro comprensible para un gran número de lectores, tanto de España como de Latinoamérica. Estos fueron: Rafael Cofiño Fernández, Álvaro González Franco, Nuria Losa Boñar, Carmen M^a Muñoz Trujillo, Rafael Pardo de la Vega y Pablo Pérez Solís (médicos), María Álvarez Lloret (enfermera), Arancha Delgado

Matarranz (economista), María Esteban Goutayer (estudiante de Ciencias Económicas), María Fanjul Gómez (Fisioterapeuta y estudiante de Medicina), Julio C Martínez Redondo (Profesor de Inglés) y Patricia Piquero Díaz. También colaboraron Daniel Álvarez Franco, Arancha Álvarez Lloret, Jorge Lorenzo Rabanal y Raquel Ortega Asensio. El Comité de UNICEF de Gijón prestó amablemente numerosa documentación. También agradecemos a David Werner su exhaustiva labor de revisión y corrección de esta traducción.

Enviamos un agradecimiento especialmente afectuoso y nuestro más profundo aprecio para Trude Bock de HealthWrights, quien desinteresadamente proporcionó su casa, comida, apoyo, ánimos, revisiones y correcciones continuas, y cientos de formas diferentes de colaborar con este libro, con sus autores y coautores durante todo el proceso. Sin ella nunca se habría terminado este libro.

Procedencia de Fotografías, Caricaturas, Gráficos, Tablas e Ilustraciones

Nos gustaría dar gracias a las siguientes personas y grupos por su incalculable contribución a este libro. Por el dibujo de la portada, las ilustraciones que abren cada sección (pp. 1, 9, 33, 79 y 137), así como las ilustraciones de las pp. 10-12 y 94, damos nuestras más sinceras gracias a Alicia (Tattie) Brelsford. Por el permiso para utilizar sus excelentes caricaturas damos gracias a Kirk Anderson (p. 158), Christopher Bing (p. 173), Bulbul (p. 135), *Health for the Millions* (p. 89), Gary Huck (p. 138, con permiso de Gary Huck, UE\Huck\Konopacki cartoons), Link-CAFOD *Development Education Newsletter* (p. 182), *Southern Poverty Law Center* (p. 160), Nicolás Spinga a través de la OMS (p. 101) y editorial PPC (pp. 85, 86 y 93). Por el uso de sus ilustraciones, damos gracias al Consejo para la Salud y el Desarrollo de Manila (p. 140), Merk Corp. (p. 44), David Morley y el Instituto para la Salud Infantil (pp. 15, 25, 45, 98, 99 y 151), Silvio Pampiglione (p. 144), *Population and Development Rev.* (p. 131), Subcomité sobre el Sur del Comité Especial de ONGs sobre el Desarrollo (p. 177), David Werner (pp. 24, 31, 38, 41, 46, 60, 61, 66, 69, 96, 100, 141 y 175) y OMS (p. 47 [tarjeta para madres]). Por el uso de sus fotografías, estamos agradecidos a *Health for the Millions* (p. 64), Silvio Pampiglione (p. 145), David Werner (pp. 58, 73, 96, 131, 155-156 y 168), UNICEF/Lemoyne (p. 55) y OMS (pp. 6, 19 y 36).

También damos gracias a Publicaciones Científicas Blackwell (p. 82, gráf. 3-2), Enyimeyew y WEMOS (p. 111), LA Fingerhut y JC Kleinman (p. 119), David Morley, Stephan y el Instituto para la Salud Infantil (pp. 47, 77, 82 gráf. 3-3, 92 y 127), D Morley y J Weston (p. 132), *Nuffield Provincial Hospitals Trust* (p. 82), UNICEF (pp. 3 y 76 [Nueva York]), PNUD (p. 95), David Pérez (p. 123), Banco Mundial (p. 114), OMS (pp. 3, 35 y 40) e Instituto Worldwatch (pp. 7 y 89) por el uso de sus gráficos. Por sus mapas, nuestro aprecio para Walden Bello (p. 91), Alicia Brelsford (p. 161), Merlin Schlumberger (p. 128) y la Red de Apoyo de Mozambique (p. 143). Por sus tablas damos gracias a Walden Bello (p. 119 [de su libro *Dark Victory*]), UNICEF (pp. 40 y 81), Banco Mundial (p. 113) e Instituto Worldwatch (p. 125).

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN ESTE LIBRO*

*Las abreviaturas señaladas con un asterisco son tratadas en el [Glosario](#).

APS: Atención Primaria de Salud.

APS-I: Atención Primaria de Salud Integral.

APS-S: Atención Primaria de Salud Selectiva.

AIS/HAI: Acción Internacional para la Salud (*Health Action International*).

AVAD/DALY: Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad/*Disability Adjusted Life Years*.

BWRO: *Bretton Woods Reform Organization* (Organización para la Reforma de las organizaciones de Bretton Woods, i.e. FMI y Banco Mundial).

CIA: *Central Intelligence Agency* (Agencia Central de Inteligencia), EE.UU.

CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

CISP: Consejo Internacional para la Salud del Pueblo.

CITRO: Conferencia Internacional sobre Terapia de Rehidratación Oral.

CMN: Corporación Multinacional.

EANT: Exportaciones Agrícolas No Tradicionales.

EE.UU: Estados Unidos (de América).

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.

FDA: *Food and Drug Administration* (Administración para Medicinas y Alimentos), EE.UU.

[FMI](#)*: Fondo Monetario Internacional.

FRELIMO: Frente para la Liberación de Mozambique.

FSLN: Frente Sandinista de Liberación Nacional, Nicaragua.

GATT: *General Agreement on Tariffs and Trade* o Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio.

GOBI: *Growth Monitoring, ORT, Breast-feeding, and Immunization* (Monitorización del Crecimiento, TRO, Lactancia materna e Inmunización).

GOBI-FFF: GOBI más *Family Planning, Female Literacy, and Food Supplementation* (Planificación Familiar, Alfabetización Femenina y Alimentación Suplementaria).

IBFAN: *International Baby Food Action Network* o Red Internacional de Grupos de Acción pro Alimentación Infantil.

ibid.: *Ibidem* (en el mismo lugar).

ICDDR,B: *International Center of Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh* (Centro Internacional para la Investigación de la Enfermedad Diarreica, Bangladesh).

i.e.: *id est* (esto es, a saber).

IG: Índice de Gini.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

IV: Intravenoso.

LCR: Líquidos Caseros Recomendados.

MINSA: Ministerio de Salud (Nicaragua).

NAFTA: *North America Free Trade Agreement* o Tratado de Libre Comercio Norteamericano.

NCDDP: *National Control of Diarrheal Disease Program* (Programa Nacional para el Control de la Enfermedad Diarreica).

OMS*: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PAAE: Programa Alternativo de Ajuste Estructural.

PAE*: Programa de Ajuste Estructural.

PCED: Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas.

p. ej.: por ejemplo.

PIB*: Producto Interior Bruto.

PNB*: Producto Nacional Bruto.

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

p./pp.: página/páginas.

PRI: Partido Revolucionario Institucional (México).

PSC: Promotor de Salud Comunitario.

RENAMO: Resistencia Nacional de Mozambique.

SAS*: Solución de Azúcar y Sal.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SRO*: Sales/Solución/Suero de Rehidratación Oral.

SRO-BC: Sales de Rehidratación Oral Basadas en Cereales.

TBC: Tuberculosis.

TMI*: Tasa de Mortalidad Infantil.

TMM5*: Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años.

TRO*: Terapia de Rehidratación Oral.

TRO-BA*: TRO Basada en Alimentos.

TRO-BC*: TRO Basada en Cereales.

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNICEF*: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNO: Unión Nacional Opositora, Nicaragua.

URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

USAID*: *United States Agency for International Development* (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

Internacional).

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

GLOSARIO

Explicación de Indicadores, Acrónimos y Términos Utilizados en este Libro

UNICEF:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Establecido en 1946 por la Asamblea General de la ONU para coordinar la ayuda a los niños amenazados por el hambre y la enfermedad tras la Segunda Guerra Mundial. La idea inicial era disolver la agencia a corto plazo, cuando esos problemas remitieran, pero la Asamblea General cambió de opinión y extendió la vida y labores de UNICEF en 1950, reconociendo las continuas necesidades de los niños en todo el mundo, especialmente en el Tercer Mundo. Desde entonces, el UNICEF ha llevado a cabo gran variedad de actividades, incluyendo campañas de vacunación, intentos de erradicar la malaria y una iniciativa para proporcionar agua potable a las aldeas. Continuando su papel central en las actividades que rodearon al «Año Internacional del Niño» (1979), el UNICEF lanzó su «Revolución en pro del Desarrollo y la Supervivencia Infantil» en 1983. Esta iniciativa está coordinada en el cuartel general de Nueva York, pero permite bastante autonomía a las oficinas de campo de los países subdesarrollados. UNICEF trabaja en estrecha colaboración con los gobiernos del Tercer Mundo para implantar esta iniciativa, animándoles a establecer programas nacionales de supervivencia infantil. UNICEF considera su función principal la de proporcionar conocimiento útil sobre salud al que lo necesita, por ejemplo a las madres. Para un estudio más completo de las políticas del UNICEF y los factores que influyen en ellas, vea el Apéndice al final de este libro.

FMI y Banco Mundial:

El Fondo Monetario Internacional y el Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo (el Banco Mundial) son poderosos prestamistas multilaterales. Ambas instituciones fueron concebidas en 1944 durante la Conferencia de Bretton Woods -que estableció las reglas de la economía y el sistema monetario internacionales- y se crearon al año siguiente. En los últimos años, una de sus principales misiones ha sido dictar los términos de los préstamos a los países del Tercer Mundo. Más que para préstamos directos, el FMI sirve como un «guardabarreras» muy influyente: certifica a otros prestamistas que un país particular del Tercer Mundo está aplicando políticas económicas y sociales «responsables» y, por lo tanto, hay buen riesgo crediticio. Para ganarse esta calificación, un país debe normalmente asumir la economía de mercado libre y aplicar políticas de ajuste estructural ([véase definición más adelante](#)). Los derechos de voto en el FMI y el Banco Mundial están asignados entre los países miembros en proporción a la cantidad de sus donaciones. Esto coloca el control en manos de sus cinco mayores donantes: Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia y Japón. Muchas de las deliberaciones del FMI y el Banco Mundial son mantenidas en secreto.

INDICADORES DE SALUD Y RIQUEZA

Tasa de Mortalidad Infantil (TMI):

Número de niños de cada 1.000 nacidos vivos que mueren antes de alcanzar un año de vida.

Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5):

Número de niños de cada 1.000 nacidos vivos que mueren antes de alcanzar los cinco años de vida.

Tasa de Mortalidad Materna:

Número de mujeres que mueren por complicaciones del embarazo y del parto por cada 100.000 nacidos vivos.

Producto Interior Bruto (PIB):

Valor total de la producción de bienes y servicios de un país en un año. Los tres principales componentes son el consumo privado, la inversión y el gasto público.

Producto Nacional Bruto (PNB):

Valor total de los bienes y servicios producidos por un país en un año. Se diferencia del PIB en que incluye los ingresos que los individuos y empresas asentados en el país ganan en el extranjero, y excluye los ingresos en el país de individuos o empresas de otros países. El PNB de un país puede verse como sus ingresos totales.

PNB per cápita:

El PNB de un país dividido por su población da el ingreso medio de sus habitantes. Sin embargo, no dice nada de cómo se distribuyen esos ingresos. Lo mismo es aplicable al PIB per cápita, que es el PIB de un país dividido por su población.

ACRÓNIMOS

OMS:

Organización Mundial de la Salud, agencia de las Naciones Unidas dedicada a la Salud. Posee un programa de salud materno-infantil, pero, aparte de esto, no tiene un programa propio de supervivencia infantil, ni se centra específicamente en los problemas de salud de los niños. La OMS define su papel principal como el de «proporcionar asesoramiento técnico a los programas nacionales» en cuestiones sanitarias. Con este fin, la División para el Control de las Enfermedades Respiratorias Agudas y Diarreicas de la OMS dirige una investigación «encaminada a identificar, desarrollar y evaluar planteamientos nuevos o mejorados para la prevención y el tratamiento de la diarrea...» También produce y distribuye materiales educativos sobre tratamiento y prevención de la diarrea.

USAID:

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Un brazo del gobierno de EE.UU. cuya misión es favorecer los objetivos de la política exterior estadounidense (p.ej. promoviendo privatizaciones, planteamientos de mercado libre o abriendo las puertas a las inversiones o exportaciones estadounidenses). La USAID posee su propio programa de supervivencia infantil, y ha gastado cerca de 150 millones de dólares al año en esta área.

GOBI:

Las cuatro intervenciones clave de la «Atención Primaria de Salud Selectiva» y la «Revolución en pro de la Supervivencia Infantil» del UNICEF, consistentes en el control del crecimiento (*Growth*), terapia de rehidratación *Oral*, lactancia materna (*Breastfeeding*) e *Inmunización* (vacunas). Una versión ampliada es **GOBI-FFF**, el cual añade planificación *Familiar*, alfabetización *Femenina* y alimentación (*Food*) suplementaria.

SRO:

Sales o Soluciones de Rehidratación Oral. Tal y como lo hace la OMS, el UNICEF y también este libro, SRO se refiere específicamente a la fórmula de la OMS basada en glucosa y distribuida en sobres de papel de aluminio producidos industrialmente. Esta fórmula, muy promocionada por la OMS y el UNICEF, consiste en una combinación de glucosa (un azúcar), cloruro sódico (sal común), cloruro potásico y citrato trisódico dihidratado (anteriormente bicarbonato sódico o carbonato). (Véase página 63)

SAS:

Solución de Azúcar y Sal. Una bebida casera para rehidratar recomendada antiguamente por UNICEF como alternativa a los sobres de SRO. Ahora, el UNICEF y la OMS han dejado de promocionarla y en su lugar recomiendan «líquidos caseros» (tés, sopas, etc.). Sin embargo, en algunos países y programas, la SAS todavía es muy utilizada (véase p. 45).

TRO:

Terapia de Rehidratación Oral, el reemplazo por boca de los líquidos y sales perdidos a causa de la diarrea. Se reconoce en la actualidad que para una TRO óptima no sólo se necesitan *líquidos abundantes*, sino también *alimentos*. La TRO ha sido ampliamente alabada como «el avance médico del siglo» por su potencial para reducir radicalmente el increíble número de muertes por diarrea, la segunda causa de muertes infantiles en el mundo. Pero, como estudiaremos en este libro, la solución no es tan sencilla.

TRO-BC o TRO-BA:

Terapia de Rehidratación Oral Basada en Cereales o Basada en Alimentos. En los últimos años se ha visto que los cereales o las bebidas ricas en almidón pueden ser más eficaces para combatir la deshidratación que las bebidas basadas en azúcares (tanto la SRO como la SAS) (véase p. 70).

TÉRMINOS

Complejo militar-industrial:

Acuñado originariamente por el ex presidente de EE.UU. Dwight Eisenhower, este término hace referencia a la serie de poderosas entidades económicas -desde gigantescas empresas multinacionales a los fabricantes de armas o el Pentágono- cuya influencia y capacidad de presión son determinantes en las políticas nacionales o internacionales. Solemos utilizar este término (o los de «estructura de poder», «intereses de los poderosos» o «intereses creados») para referirnos a la minoritaria elite de personas y grupos que dominan y dirigen el actual orden político y económico mundial, modelando las principales políticas económicas y de desarrollo en su propio beneficio.

Desarrollo:

Utilizamos este término para referirnos al progreso que mejora el bienestar y el nivel de vida de las poblaciones desfavorecidas. La escuela de pensamiento dominante sostiene que el

desarrollo puede lograrse mejor a través de la «modernización», siguiendo las líneas occidentales de crecimiento económico. Por tanto, el Tercer Mundo debe seguir el mismo camino que tomó el Primer Mundo. El concepto de desarrollo ha sido en gran parte utilizado por los poderosos intereses del Primer Mundo para reformar las políticas y las economías de los países pobres en beneficio propio. Como resultado, muchos activistas de países pobres suelen rechazar el concepto de desarrollo por manipulador y neocolonial.

Desarrollo orientado al crecimiento:

Usamos este término para el modelo convencional de desarrollo que ha dominado el Norte y ha sido en gran parte impuesto en el Sur. Según este modelo, desarrollo es virtualmente sinónimo de crecimiento económico. Su meta para los países pobres es aumentar la estabilidad económica (i.e. mercado potencial) incrementando su PNB. Se busca el crecimiento económico mediante una combinación de industrialización y producción agrícola a gran escala.

Desarrollo orientado a la equidad (o a la igualdad):

Utilizamos este término como alternativa al «desarrollo orientado al crecimiento». Es un enfoque que coloca a las necesidades humanas básicas antes que la búsqueda desbocada del crecimiento económico. Reconoce que la salud y el bienestar de una población depende más de una distribución justa de los recursos y el poder que de la riqueza total de un país o del aumento de su PNB. Construye desde abajo, involucrando a tanta gente como sea posible, tanto en el proceso como en los resultados de la producción. La gente participa activamente en las decisiones que afectan a sus vidas. La sociedad se asegura de cubrir las necesidades básicas de todos, y anima a la gente a que se organice y defienda sus derechos. Términos como «desarrollo real» o «desarrollo sostenible», usados por instituciones como el UNICEF o el Banco Mundial, aparentan dar importancia a conceptos como la equidad o la eliminación de la pobreza. Sin embargo, en general, suelen dar más énfasis al crecimiento económico, sin insistir en estructuras o leyes que aseguren una distribución más equitativa de la riqueza y de los servicios básicos.

Empowerment:

Palabra inglesa de difícil traducción. Se refiere al proceso de *autodeterminación* por el cual las personas o comunidades ganan control sobre su propio camino de vida. Se trata de un proceso de *concienciación* (tomar conciencia de todos los factores que influyen sobre la vida de las personas) y *liberación* (ganar poder de decisión sobre su propio destino).

Estructural:

Cuando hablamos de las «causas estructurales de la falta de salud», o de la necesidad de un «cambio estructural», nos referimos a la estructura o composición de la sociedad, especialmente a la estructura de poder imperante. Esto incluye a las fuerzas sociales, económicas y políticas dominantes. Abarca las leyes, los mecanismos de control social y las políticas económicas -típicamente impuestas por los gobiernos- que suelen determinar y perpetuar el equilibrio (o desequilibrio) en la riqueza y el poder dentro de una nación o comunidad.

Interdisciplinar:

Hace relación a la combinación de varios sectores o disciplinas. Por ejemplo, un «planteamiento interdisciplinario» de la atención de salud incluiría los ministerios de salud, educación, agricultura y bienestar social.

Países subdesarrollados:

En este libro usamos el término «subdesarrollado» para referirnos a países que son relativamente pobres, dependientes y con frecuencia fuertemente endeudados con los países ricos (industrializados o supuestamente desarrollados). Preferimos el término *subdesarrollado* a *en vías de desarrollo* o *en desarrollo*, pues refleja más acertadamente lo que está sucediendo. En lugar de mejorar su desarrollo (en cuanto a satisfacer mejor las necesidades de todos), muchos de los países más pobres se están subdesarrollando sistemáticamente en nombre del desarrollo (véase punto anterior). Hay un incremento del flujo neto de riqueza de los pobres a los ricos, tanto dentro de los países como entre ellos. Para asegurar que puedan seguir pagando los intereses de su deuda, los países pobres han sido obligados a recortar el gasto público en salud y educación, a reducir el poder adquisitivo de los pobres y a explotar (o diezmar) sus recursos naturales (como bosques, suelo fértil o aguas subterráneas).

Programas de Ajuste Estructural (PAEs):

Políticas económicas impuestas en los países del Tercer Mundo por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Estas políticas, que han tenido un impacto devastador sobre las personas pobres de muchos países, obtienen su nombre del hecho de que están diseñadas para «ajustar» las estructuras económicas de los países pobres con el fin de asegurar que sean capaces de pagar los intereses de su deuda externa. Los ajustes estructurales más importantes incluyen:

- recorte del gasto público en sanidad, educación y otros servicios sociales,
- eliminación de las subvenciones y supresión del control de los precios de los alimentos de primera necesidad y otros artículos básicos y
- cambio de la producción para el consumo interior por la producción para la exportación.

(Para un estudio más amplio de los ajustes estructurales y su impacto sobre la salud, véase p. 90.)

Tercer Mundo:

Este término se usa en ocasiones para hablar de los países subdesarrollados como conjunto. Al comparar los países subdesarrollados con los industrializados o «desarrollados», también hablamos a veces de los primeros como *el Sur* y de los segundos como *el Norte*. Para simplificar, a veces hablamos sencillamente de *países ricos* y *países pobres*. Reconocemos que ninguno de estos términos es del todo satisfactorio.



NOTA: En la traducción de este libro se ha intentado seguir las reglas de la Real Academia Española. Sin embargo, en ocasiones hemos preferido adaptar el vocabulario utilizando palabras y expresiones «no oficiales» utilizadas en Latinoamérica, con el fin de que sea entendido por el mayor número de personas. Igualmente, hemos intentado mantener un equilibrio entre la rigurosidad científica y la sencillez del texto, lo cual no siempre ha sido posible. Solicitamos la comprensión del lector y confiamos en que esto no resulte demasiado confuso.

INTRODUCCIÓN:

Promesas Incumplidas

El fracaso de las estrategias internacionales de Salud y Desarrollo en proteger la salud y la vida de los niños

- Una desagradable sorpresa: [el cólera resurge de forma mortal](#)
- [El brote de cólera de Ruanda y Zaire de 1994](#): El trágico coste de no promover una solución local

Una desagradable sorpresa: el cólera resurge de forma mortal

La más terrible y mortal de las enfermedades diarreicas está resurgiendo de manera alarmante. Durante la mayor parte del siglo XX, el cólera estuvo principalmente confinado a Asia.¹ En Latinoamérica se la consideraba una plaga del pasado. Pero en enero de 1991 se descubrieron unos pocos casos de cólera en Perú;² en dos meses se infectaron 70.000 personas. El brote se extendió rápidamente hasta Brasil por el este, Chile por el sur y México por el norte. A finales de 1991, estaban afectadas todas las naciones, excepto siete, de América Central y del Sur.³ A finales de 1992, se habían declarado más de 730.000 casos de cólera, con más de 6.300 muertes.⁴ A pesar del intenso control y de los esfuerzos educativos, todavía aparecen brotes esporádicos, sobre todo en los crecientes «cinturones sépticos» de pueblos y ciudades. En México, donde en 1994 el desplome del peso provocó un rápido descenso del nivel de vida, los casos de cólera se doblaron en 1995.⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que en América Latina el cólera se hará *endémico* (permanente).⁶

El brote de cólera de Latinoamérica es parte de un resurgimiento mundial de la enfermedad que comenzó en Indonesia en 1991, y que se ha extendido por buena parte del Tercer Mundo en los últimos años. La actual pandemia ha durado mucho más que sus predecesoras del siglo XIX, lo cual es muy preocupante. Hoy día, el cólera sigue siendo un grave problema en gran parte de Asia, América Latina y África.⁷ En 1991, África informó de más de 150.000 casos y 14.000 muertes por cólera -las mayores cantidades registradas hasta entonces en este continente-. Los números siguen creciendo. La epidemia de cólera de 1994 entre los refugiados de Ruanda ha sido uno de los brotes más catastróficos hasta la fecha.

Lejos de aproximarse a la proclamada meta de «Salud para Todos en el Año 2000», el Tercer Mundo está ahora perdiendo la batalla contra una plaga que se consideraba una enfermedad del siglo XIX.⁸ Promotores de salud y ciudadanos de todo el Tercer Mundo se preguntan perplejos: *¿Cómo pudo ocurrir esto? ¿Qué falló?* El resurgir del cólera puede enlazarse directamente con el deterioro de las condiciones de vida de cada vez más personas. Esto muestra claramente que las estrategias actuales de salud y desarrollo son muy imperfectas.

El cólera no es la única enfermedad de la pobreza en aumento. La malaria, que en los años 70 se pensaba que estaba en gran parte controlada, también retorna alarmantemente en muchos países pese a los grandes esfuerzos por combatirla.⁹ Una oleada de tuberculosis está causando estragos en buena parte del Tercer Mundo, así como en los barrios marginales que proliferan en las

grandes ciudades de Estados Unidos y otros países ricos.¹⁰ Y el SIDA -estimulado por la pobreza y la desigualdad¹¹- se está propagando como la pólvora, especialmente en África, Sudeste de Asia y partes de Latinoamérica.¹²

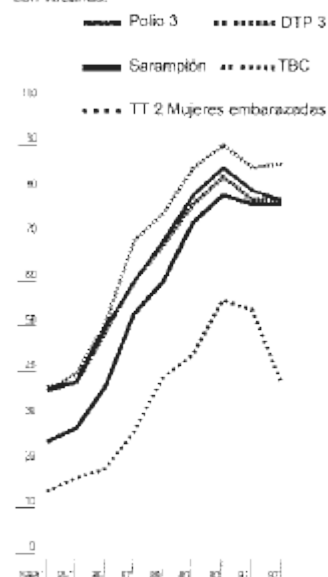
Según se aproxima el año 2000, está cada vez más claro que el ambicioso programa organizado por la OMS, el UNICEF, la USAID, el Banco Mundial y otras instituciones para encauzar los problemas de la enfermedad, el hambre y la pobreza en el Tercer Mundo se ha quedado muy lejos de sus metas. En muchos países los avances en salud se han estancado durante la última década. En otros, las condiciones de vida y la salud de un número creciente de personas empobrecidas han ido, de hecho, deteriorándose.

En concreto, estos programas mundiales no han reducido de manera adecuada las siempre altas tasas de desnutrición, enfermedad y muerte entre los niños del Tercer Mundo. Los considerables progresos logrados por la limitada campaña «en pro la supervivencia infantil» (mediante intervenciones tecnológicas como vacunaciones) han sido en gran parte contrarrestados por un empeoramiento de la calidad de vida de buena parte de la humanidad. Según los últimos cálculos del UNICEF, todavía mueren cada año en el mundo 12,5 millones de niños menores de cinco años.¹³ La agencia afirma que, sin su Revolución en pro de la Supervivencia Infantil, el número de niños que mueren cada año habría llegado hasta los 17,5 millones en 1990 debido al crecimiento de la población en el Tercer Mundo. Aunque el porcentaje de niños que mueren ha descendido, es muy preocupante que hoy día muera aproximadamente el mismo número de niños que hace diez años.¹⁴

Una tasa de mortalidad infantil persistentemente alta está considerada como el indicador más significativo de que no se cubren las necesidades de salud de una población. En el mundo actual, una de cada cinco personas (más de mil millones) vive en la pobreza absoluta -ganando menos de un dólar diario- y 1500 millones no tienen empleo.¹⁵ Una de cada cuatro personas carece de agua potable y nunca ve un trabajador de salud cualificado.¹⁶ Sólo en el Tercer Mundo, al menos 780 millones de personas están desnutridas. Esto viene al caso porque la desnutrición es la causa fundamental de la mayoría de las muertes infantiles. Cada día, unos 40.000 niños mueren por causas relacionadas con el hambre.¹⁷ Debido a la desnutrición crónica, 190 millones de niños del Tercer Mundo sufren carencias sanitarias, a menudo acompañadas de retrasos en el desarrollo físico y mental.¹⁸ En conjunto, en el mundo uno de cada cuatro niños está desnutrido.¹⁹

La década de los 90 ha mostrado peligrosos retrocesos en algunos de los primeros progresos hacia la expansión de las medidas para protección de la salud. Esto es cierto incluso para los llamados «dos motores» de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil: la inmunización y la terapia de rehidratación oral (TRO). A pesar de una campaña mundial para mejorar la cobertura de las vacunaciones, y el notable aumento conseguido durante los años 80, desde principios de los 90 comenzó a disminuir el porcentaje de niños inmunizados en el mundo. Esta disminución es evidente en el gráfico 1-1, adaptado del informe *Estado Mundial de la Infancia 1994*²⁰ del UNICEF. En la edición de 1995 de este informe, UNICEF afirma que tales retrocesos han sido corregidos al menos en parte; por ejemplo, los nuevos casos de polio, que crecieron sustancialmente en 1992, comenzaron a descender de nuevo en 1993. Sin embargo, Zaire*, que sólo ha vacunado al 29% de sus niños contra la polio, experimentó la peor epidemia de polio de su historia en junio de 1995.²¹ Globalmente, el número de muertes infantiles por sarampión ha estado aumentando constantemente desde principios de los 90.²² Y el

Cobertura vacunal
Porcentaje de niños de un año de edad del mundo en desarrollo protegidos contra las principales enfermedades prevenibles con vacunas.



DTP 3=vacuna contra Difteria, Tétano y Pertusis (toe ferina) 3 dosis.
TT 2=vacuna contra el Toxoido Tetánico para mujeres embarazadas (2 dosis).
*China excluida.

Fuente: OMS y UNICEF, agosto de 1995.

número de recién nacidos muertos por tétanos está creciendo de forma clara (véase [gráf. 1-2](#)).²³ Las mejoras anteriores en la salud por el uso de la terapia de rehidratación oral como tratamiento de elección para la diarrea infantil parecen estar perdiéndose desde principios de los 90. Estos retrocesos incluyen el tan exhibido éxito de Egipto, donde el uso de la TRO ha disminuido alarmantemente²⁴ (véase Capítulo 7). El riesgo de muerte infantil por desnutrición y diarrea está agravado por el hecho de que en el mundo cada vez más madres están alimentando a sus bebés con biberones en vez de amamantarlos.²⁵ (Véase p. 96)



Además morir a más de medio millón de recién nacidos, el 100mo causa la muerte de más de 50.000 madres cada año.

El número de nacimientos ha aumentado en torno a un 20% desde 1983 en el mundo en desarrollo.
* China excluida.

Fuente: OMS y UNICEF, septiembre de 1994.

Al tratar las causas directas e indirectas del hambre, la enfermedad y la muerte en los niños del mundo, no debemos pasar por alto la creciente oleada de desórdenes sociales, crimen y violencia, incluyendo los conflictos armados. Un ejemplo es el brote de cólera de 1994 entre los refugiados de la guerra de Ruanda, que se llevó la vida de millares de niños y dejó huérfanos a otros miles de ellos.

La meta optimista de «Salud para Todos» esta cada vez más lejana. El propósito de este libro es investigar las razones del fracaso de las estrategias actuales para la mejora de la salud, especialmente en los niños, y explorar nuevas alternativas prometedoras. Como área concreta para un estudio en profundidad, examinaremos la siempre alta tasa de mortalidad por diarrea. En concreto, estudiaremos el caso de la terapia de rehidratación oral (TRO), una de las dos principales actuaciones de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil, que ha sido promocionada para combatir las muertes por diarrea.

La TRO es un método para combatir la deshidratación, la causa inmediata de muerte más común en los niños con diarrea.^{**/26} Simplificando, la TRO consiste en dar *líquidos* (y *alimentos*) abundantes a un niño con diarrea. El análisis crítico de este libro al modo en que el UNICEF y la OMS han enfocado la promoción de la TRO ayuda a explicar por qué no ha logrado

reducir las tasas de mortalidad infantil por diarrea. También arroja luz sobre los asuntos más complejos de por qué la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil, la Atención Primaria de Salud y, en último término, el desarrollo internacional no han hecho más por salvaguardar la salud y la vida de los niños.

El resurgimiento del cólera en el Tercer Mundo ilustra de forma cruda el defecto fundamental de las estrategias actuales de salud y desarrollo. En lugar de trabajar para resolver las causas subyacentes de la pobreza y la falta de salud, los políticos han optado por promover soluciones tecnológicas a modo de parches. La TRO es un buen ejemplo.

Esta claro que si la TRO fuera promocionada mediante métodos que la hicieran disponible de manera rápida y fácil -incluso en emergencias- ayudaría a evitar muertes por cólera. Pero la TRO no hace nada para detener la propagación de esta terrible enfermedad. El *Vibrio cholerae*, la bacteria del cólera, se disemina a través de agua y alimentos contaminados, y prolifera donde hay malas condiciones higiénicas. La OMS atribuye el aumento del cólera en Latinoamérica y África a la «caída del nivel de vida».²⁷ Muchos de los factores que contribuyen a esta caída -emigración de campesinos desposeídos a las grandes ciudades, hacinamiento en las barriadas de chabolas, desempleo creciente, caída de salarios y recortes en el gasto público- son consecuencia directa de las actuales políticas de desarrollo y ajuste estructural.

Se ha dicho que «el saneamiento es la única cura para el cólera».²⁸ La ONU nombró los años 80

como la «Década Internacional del Agua Potable y el Saneamiento».²⁹ Pero las grandes esperanzas han resultado ser sólo espejismos para la mayoría de América Latina y el Tercer Mundo. En muchas comunidades pobres, el saneamiento y el suministro de agua se han deteriorado debido a la recesión económica y a los recortes en el gasto público durante los años 80.³⁰ Según UNICEF: «A finales de siglo [...] el número de personas sin condiciones higiénicas adecuadas habrá crecido hasta unos 1.900 millones.» Dado que uno de cada tres seres humanos carecen de instalaciones higiénicas adecuadas, no puede sorprender que el cólera esté resurgiendo en el mundo. El informe *Inversión en Salud* de 1993 del Banco Mundial señala que, aunque los proyectos de saneamiento y agua proporcionan «sustanciales beneficios para la salud», no son eficientes.³¹ Los países latinoamericanos tienen una gran deuda externa, y sus limitados recursos están destinados principalmente al pago de los intereses y a proyectos de desarrollo grandiosos, no al saneamiento básico o a la atención primaria.

El anterior Director General de la OMS, Dr. Hiroshi Nakajima, resumía así la lección de la epidemia de cólera de los 90:

«La mejora de los suministros y el saneamiento del agua es la solución definitiva al problema, y las actuaciones en este sentido deben comenzar inmediatamente. Lo que debemos afrontar, sin embargo, es la realidad del crecimiento de la pobreza y la expansión del subdesarrollo por todo el mundo. Hoy día, vivimos en un mundo donde la brecha entre ricos y pobres, Norte y Sur, es dolorosamente manifiesta, e incluso ilustrada de forma más clara por este brote. Sabemos cómo controlar el cólera, pero la enfermedad puede escaparse fácilmente del control cuando las infraestructuras económicas, sociales y sanitarias fallan. El cólera es sólo un síntoma elocuente del fracaso del desarrollo. Al combatir el cólera, así como muchos otros problemas de salud, estamos combatiendo el subdesarrollo a la vez que luchamos por una salud mejor.»³²

El brote de cólera de Ruanda y Zaire de 1994: El trágico coste de no promover una solución local

«Las altas tasas de mortalidad sufridas por los refugiados ruandeses en el este del Zaire prácticamente no tienen precedente en poblaciones de refugiados, y el mundo debe tomar nota de las lecciones de este desastre. La causa médica inmediata de la mayoría de las muertes fue la enfermedad diarreica, pero las causas fundamentales fueron factores históricos, étnicos, demográficos, socioeconómicos y políticos que llevaron al colapso de la sociedad ruandesa y a la emigración en masa de su población.»³³

-*The Lancet*, 11 de febrero de 1995

La epidemia de cólera que devastó en 1994 los campamentos de refugiados ruandeses en Goma (Zaire) proporciona un apoyo convincente para algunas de las ideas clave que exponemos en este libro.^{***} Uno de ellos es la importancia de promocionar la TRO (y otras soluciones potencialmente salvadoras de vidas) mediante métodos que den el control a los usuarios. Otro punto más fundamental es que tragedias como la de los refugiados ruandeses -y las injusticias que provocan esos desplazamientos en masa- deben ser prevenidas. Para conseguirlo, las estructuras de poder local y mundial necesitan una revisión y reformulación radicales. En primer lugar, consideremos el asunto de la TRO.

El principal síntoma del cólera es una grave diarrea acuosa que puede acabar con la vida de una persona en cuestión de horas. Hasta los años 70, el principal medio con el que los médicos solían combatir la deshidratación del cólera eran las soluciones intravenosas (goteros). Aunque era muy

eficaz para aquellos a los que llegaba, era un planteamiento tan caro y engorroso que en las grandes epidemias de cólera las tasas de mortalidad llegaban a veces al 30% o al 40%.³⁴ Entonces, en 1971, durante un gran brote de cólera entre los refugiados de una guerra civil en el este de Pakistán (ahora Bangladesh), se introdujo por vez primera la TRO a gran escala. Sorprendentemente, la mortalidad cayó hasta nada menos que el 1%. Este descubrimiento -anunciado como un gran avance para la salud pública- debería haber hecho posible conseguir bajas tasas de mortalidad en las epidemias de cólera desde aquel momento.

¿Por qué entonces la mortalidad por cólera en los refugiados ruandeses alcanzó entre el 24% y el 50% (según diversos informes) en los casos graves, con nada menos que 2.000 muertes al día?³⁵
¿Qué le ocurrió al potencial salvador de vidas de la TRO?

Cuando el repentino brote de cólera comenzó a atacar a miles de personas, ni los refugiados ni el personal de salud del lugar estaban suficientemente informados o preparados para hacer frente a la epidemia. Mientras el cólera y otras formas de diarrea aguda asolaban el campamento, miles de personas se deshidrataban a gran velocidad y muchos de ellos morían sin recibir ningún tipo de rehidratación. Surgió un clamor internacional. Tras un frenesí de faxes y encuentros, las agencias de ayuda se unieron para responder.

En dos semanas se lanzó un intento de suministro masivo. Primero, llegaron más de 10.000 litros de soluciones IV, cuando no había suficiente personal sanitario para administrarlo. Entonces, el presidente de EE.UU., Bill Clinton, prometió 20 millones de sobres de sales de rehidratación oral, pero el envío se retrasó por problemas logísticos. Los aviones lanzaron su carga desde demasiada altura. Algunos de los paquetes de ayuda cayeron sobre helicópteros que estaban en tierra, y otros lo hicieron tan lejos de los campamentos que los camiones que se necesitaban para enviar agua potable perdieron tiempo recuperando los suministros perdidos. En resumen: para miles de hombres, mujeres y niños deshidratados, la TRO llegó demasiado tarde. Se intentó salvar a los que estaban más gravemente deshidratados mediante soluciones intravenosas, pero muchos ya no tenían salvación. Madres con goteros en sus brazos murieron mientras amamantaban a sus bebés.³⁶

La *International Child Health Foundation* (Fundación Internacional para la Salud Infantil) informa de que cuando los expertos en el cólera consiguieron por fin llegar a Ruanda desde Bangladesh, «observaron el uso de cantidades inadecuadas y de proporciones erróneas de líquidos intravenosos, la mala valoración de la necesidad de TRO y la incorrecta composición de las soluciones, y el uso de antibióticos a los que las cepas del cólera eran resistentes.»³⁷ Cuando se instalaron centros de tratamiento y puestos de rehidratación, se formó al personal y se llevó un suministro adecuado de sobres de Sales de Rehidratación Oral (SRO), la situación mejoró drásticamente. En 10 ó 12 días la tasa de mortalidad por cólera cayó desde un 24% (estimación de la OMS) a menos de un 2%.³⁸ Algunos epidemiólogos consideran esto otro éxito de la TRO.

Pero para los 20.000 hombres, mujeres y niños que murieron deshidratados durante los primeros días del brote, no hubo tal éxito. ¿Pudo evitarse esta enorme pérdida de vidas? Y, si es así, ¿cómo?

Algunos observadores dicen que durante los primeros días de la crisis -mientras cientos de miles de desplazados, desesperados, acudían en masa al campamento de refugiados- el caos fue tal que hizo imposible montar ninguna clase de centros de tratamiento o puestos de rehidratación. Estos observadores también apuntan hacia la falta de agua potable y de personal de salud adecuadamente preparado. Un funcionario de la OMS explicaba que en este tipo de crisis siempre hay un considerable retraso antes de conseguir un correcto tratamiento de las tremendas pérdidas de líquido que ocurren en el cólera grave; parece que el personal de salud inexperto sólo «aprende tras unas cuantas muertes». Como otros muchos observadores, sostiene que hubiera sido imposible prevenir la primera oleada de muertes por cólera.

Algunos activistas de salud no están de acuerdo. Sugieren que si en Ruanda se hubiera enseñado la rehidratación oral mediante otro planteamiento antes de la crisis, se habrían salvado muchas vidas.

Mejor que enseñar a la gente a depender de sobres manufacturados de SRO -que muchas veces no están disponibles cuando hacen falta- hubiera sido más práctico enseñarles (durante la paz, antes de suceder la crisis) a preparar bebidas eficaces de rehidratación con ingredientes locales. En los campos de refugiados, esos ingredientes podrían haber sido maíz u otros alimentos que los refugiados pudieran cocinar en los fuegos del campamento. (De hecho, las investigaciones han mostrado que los líquidos caseros hechos con cereales de la zona pueden reducir la pérdida de líquidos por cólera hasta dos veces mejor que la fórmula estándar de SRO. Véase Capítulo 10.)

Lo que está claro es que, una vez que la epidemia de cólera alcanzó el campo de refugiados ruandeses, era demasiado tarde para enseñar a la gente a preparar de forma eficaz sus propias bebidas de rehidratación. Pero, si en los últimos años las campañas de la OMS y el UNICEF sobre TRO hubieran dado más importancia a enseñar sobre líquidos caseros eficaces, y menos a promocionar los sobres de SRO como una medicina mágica y maravillosa, quizá se podrían haber salvado más vidas.

Por supuesto, esto es discutible. Hemos encontrado opiniones distintas -incluso entre los que presenciaron o están informados sobre el desastre de Ruanda- respecto a si las bebidas de rehidratación caseras hubieran sido viables bajo aquellas circunstancias. ¿Había suficiente agua y comida disponibles? Algunos dicen que no, al afirmar que había gran escasez de agua. Otros, sin embargo, observaron grandes multitudes caminando de una parte a otra desde el Lago Kivu con cacharros llenos de agua. (Los refugiados se asentaron al principio en una población situada justo en la orilla del lago, pero más tarde fueron colocados en las afueras, más lejos del lago; para algunos refugiados la distancia hasta el agua -salvo la que era transportada al campamento- era de varios kilómetros.) En cualquier caso, parece que había algo de madera, comida y agua disponibles. Algunos informes de noticias mencionaban que era difícil respirar en los campamentos por el humo de unos 50.000 fuegos para cocinar. Evidentemente, la gente cocinaba gachas con cereales y otros alimentos que podrían haber sido diluidos para hacer bebidas de rehidratación. Lo que no tenían los refugiados ni el personal de salud del lugar eran conocimientos sobre el tema.



Algunos expertos argumentan que, aunque los refugiados hubieran sido formados a tiempo sobre la TRO casera, hubiera sido extremadamente difícil para las familias -incluso bajo circunstancias más favorables- haber hecho frente a las tremendas pérdidas de líquidos asociadas al cólera. Estos expertos afirman que sólo personal especialmente entrenado podría haber asegurado una reposición de líquidos en cantidad suficiente para evitar la deshidratación fatal. Otros sostienen, sin embargo, que no hay nada mágico o sofisticado en este tratamiento. Lo que se necesita es: 1) entender que *lo que se pierde debe ser repuesto*, sin importar lo grande que sea la cantidad, y 2) la tenacidad (o el cariño) que se necesita para conseguir que la persona enferma beba las grandes cantidades de líquido que necesita. A menudo, la persona más cualificada para conseguir que el niño enfermo beba lo suficiente es su madre; por eso es importante que aprenda esos conceptos y sea capacitada para utilizarlos.

El Dr. William Greenough, cofundador de la Fundación Internacional para la Salud Infantil, que ha dirigido investigaciones sobre la TRO en los últimos 25 años, hace el siguiente comentario sobre el brote de cólera de Ruanda:

«No podría estar más de acuerdo con que si los ruandeses hubieran aprendido a hacer soluciones eficaces de TRO con ingredientes que tuvieran a mano y el agua del lago, aún contaminada, se hubieran salvado muchas vidas. Los que hacen planes contra desastres y los que los ejecutan sencillamente no han aprendido las lecciones de 1971 de la experiencia con los refugiados de Bangladesh.»³⁹



Estas tragedias continuas en los brotes de cólera son espantosas. Más espantosa aún, sin embargo, es la alta tasa de mortalidad infantil por diarrea común (no colérica), que sigue sin ser solucionada. En efecto, por cada niño que fallece por el cólera, mueren más de 100 en la emergencia silenciosa de las víctimas de las diarreas acuosas comunes. El UNICEF ha declarado que la terapia de rehidratación oral -si fuera promocionada de manera que la gente pudiera entenderla, prepararla y darla usando recursos locales- podría prevenir buena parte de las 3 millones de muertes infantiles por diarrea que ocurren cada año.⁴⁰ Nosotros añadimos que, si la TRO se integrara en una estrategia de atención de salud integral y liberadora, la mortalidad infantil por diarrea y otras enfermedades de la pobreza podría reducirse de manera sustancial y sostenible.

Por desgracia, sin embargo, las políticas de alto nivel de salud y desarrollo han hecho poco por afrontar las causas fundamentales de la falta de salud general. Pese a la campaña mundial de la OMS por una Salud para Todos, muchos millones de personas están hoy peor que hace diez años en cuanto a condiciones de vida, nutrición, estado de salud y calidad general de vida.⁴¹ ¿Qué falló? ¿Por qué las estrategias internacionales de salud no han tenido más impacto? Es esencial que los que estamos preocupados por los derechos y el bienestar de la infancia echemos una nueva mirada a las causas de las altas tasas de mortalidad y enfermedad de los niños, y las pongamos en el contexto de la pobreza y el subdesarrollo.

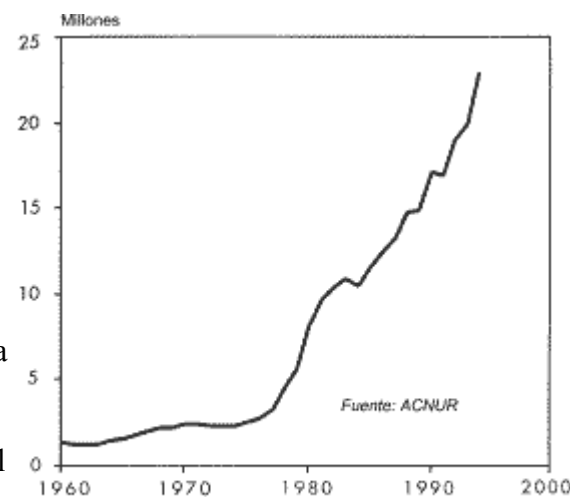


El segundo punto importante que estudiaremos en este libro está ejemplificado por la experiencia de Ruanda. Incluso si la TRO hubiera sido aplicada de una forma más eficaz y oportuna, cualquier cantidad de sufrimiento y muerte hubiera sido inaceptable. La prevención del desastre -que habría requerido tomar medidas para evitar la ola de violencia que llevó a más dos millones de refugiados fuera de su país- es la cuestión principal. Las claves que faltaron fueron acciones que permitieran afrontar los problemas sociopolíticos y económicos de Ruanda.

Ruanda no siempre fue un país en guerra consigo mismo. Antes de llegar los misioneros cristianos de Alemania en 1880, los indígenas de Ruanda, Hutus y Tutsis, no estaban divididos en grupos étnicos como ahora los vemos. Cuando los belgas tomaron posesión de Ruanda en 1919, según los términos del Tratado de Versalles,

asignaron a los Tutsis (pastores), que eran más altos y más «tipo europeo», un *status* superior a los Hutus (agricultores).⁴²

Los belgas impusieron una ideología colonial y despojaron al pueblo ruandés de su cultura y su riqueza, sembrando la semilla del resentimiento entre las etnias. Las tensiones se hicieron especialmente agudas cuando la Iglesia Católica invirtió los papeles de Hutus y Tutsis, allanando a los Hutus el camino para que prosperaran a expensas de los Tutsis. La creciente polarización económica que ocurrió durante el periodo colonial exacerbó aún más esas tensiones, sobre todo al enfrentarse a un trasfondo de superpoblación y escasez de tierras. (Ruanda es el país más densamente poblado de África.)⁴³



Nota: El gráfico incluye sólo a aquellos refugiados registrados por el ACNUR como huidos por persecución.

En noviembre de 1990, el gobierno devaluó el franco ruandés un 50% ante la insistencia del Fondo Monetario Internacional. La devaluación coincidió con el comienzo de la guerra civil y se acompañó de un fuerte incremento en el precio de los carburantes y otros bienes básicos de consumo. Esto desestabilizó la economía. Los sueldos reales se desplomaron, la desnutrición

infantil se disparó y los servicios de salud y educación prácticamente desaparecieron.⁴⁵

El genocidio de inspiración política de los Hutus sobre los Tutsis se cobró la vida de más de un millón de personas en tres meses. Por supuesto, no puede echarse toda la culpa a la historia colonial de desestabilización étnica y económica. Sin embargo, esos factores establecieron el escenario de la espiral descendente y los disturbios políticos de Ruanda. Es alarmante que la situación extrema de Ruanda no sea única. Como veremos en la Parte 3, muchos países de todo el mundo comparten la historia colonial de Ruanda, y están siendo sistemáticamente divididos por las multinacionales y las políticas económicas de las estructuras mundiales de poder y las instituciones financieras.

El resurgimiento del cólera es un síntoma dramático del desarrollo desbocado. Sin embargo, un síntoma mucho más generalizado son las tasas de desnutrición y mortalidad infantil irreduciblemente altas. Mientras las políticas de salud y desarrollo no hagan frente de forma eficaz a los problemas del aumento de la pobreza y el deterioro de las condiciones de vida, millones de niños seguirán muriendo por enfermedades evitables. Para lograr mejoras duraderas en la salud de sus comunidades, los promotores de salud deben afrontar las necesidades a corto plazo de manera que se pongan las bases para cambios más a largo plazo que promuevan los derechos humanos básicos y unas estructuras sociales más justas. En las páginas siguientes intentaremos mostrar por qué esto es así y cómo puede llevarse a cabo.

* Desde Mayo de 1997 República Democrática del Congo.

** Según UNICEF, la deshidratación es actualmente responsable de casi la mitad de las muertes por diarrea entre niños menores de cinco años. Los niños desnutridos son especialmente vulnerables a la deshidratación.

*** En julio de 1994, el brote de cólera entre los refugiados ruandeses se complicó con una epidemia simultánea de disentería por una shigella especialmente virulenta, que provocó millares de muertes. Aunque el organismo causante de la mayor parte de las muertes no fue identificado, el número de víctimas por cólera se ha estimado entre 10.000 y 20.000.

INTRODUCCIÓN A LA PARTE 1

En la primera parte de este libro revisamos brevemente la evolución de los sistemas de salud del Tercer Mundo desde los tiempos coloniales hasta nuestros días. Nos centramos de forma especial en los hechos ocurridos en las últimas tres décadas, que han conducido al ascenso y caída de la Atención Primaria de Salud.

Mientras que el propio concepto de Atención Primaria de Salud, en su sentido más amplio, encierra la promesa del bienestar de los pobres del mundo, la aplicación más o menos acertada de sus principios no ha contribuido a cumplir esta promesa. Examinando factores sociales y técnicos, buscamos el porqué.

En el primer capítulo, para empezar con los pies en el suelo, relatamos la historia real de una mujer y su hijo en un pueblo de la India. Observamos la cadena de causas que llevan a un niño a la muerte, los intentos desesperados de la madre por salvar la vida de su hijo y su impotencia al no poder interrumpir esa secuencia de hechos.

En el segundo capítulo analizamos el modelo médico occidental implantado en el Tercer Mundo desde los tiempos coloniales. Veremos cómo ha sido -y todavía suele ser- utilizado como instrumento de dominación.

En el Capítulo 3 hablamos del intento de la Declaración de Alma Ata de satisfacer las necesidades de salud de todo el mundo a través del concepto potencialmente revolucionario de la Atención Primaria de Salud. La convención de Alma Ata fue más allá de los habituales límites de la medicina preventiva y curativa e intentó dirigirse hacia las causas subyacentes de la pobreza, el hambre y los problemas de salud de los más pobres.

En el Capítulo 4 vemos cómo las clases sociales dominantes, incluidos los médicos, privaron rápidamente a la Atención Primaria de Salud de sus aspectos de promoción de cambios sociales e introdujeron variantes aún más conservadoras como la *Atención Primaria de Salud Selectiva* o la *Revolución en pro de la Supervivencia Infantil*, que trataban de disminuir las tasas de mortalidad por medio de unas pocas intervenciones tecnológicas.

En el Capítulo 5 planteamos algunos de los conceptos y métodos de la Atención Primaria Selectiva. Nos centramos sobre todo en su similitud con el planteamiento colonial de atención de salud como medio de control social, convirtiendo el concepto liberador de participación en una sumisión incapacitante. La responsabilidad de la supervivencia de los niños es cargada sobre las madres, culpando a las víctimas en lugar de buscar la forma de corregir las desigualdades económicas y sociales que conducen a la pobreza, la desnutrición y a esa alta mortalidad infantil. Como resultado, a pesar de una campaña global en pro de la supervivencia infantil, millones de niños continúan muriendo por las enfermedades de la pobreza.

Al referirnos a estos temas de una forma general, no debemos perder nuestro enfoque humano. De todos los millones de niños que mueren, cada muerte es una tragedia. Cada niño, en su corta vida, y cada familia, poseen una historia desgarradora. Cada muerte supone una epopeya de lucha, valor y desesperación, de una batalla por sobrevivir en el seno de unas desigualdades aplastantes, de amor paterno o fraterno: a menudo el último sustento cuando no hay comida ni justicia.

Para conectar a nuestros lectores con esta lucha personal y para reflejar cómo las decisiones al más alto nivel en el terreno de la salud y el desarrollo pueden afectar a las vidas y muertes de personas reales, prestemos atención primero a la historia de una madre.



Vida y Muerte de un Niño: La Historia de Rakku

- [La cadena de causas](#)
- [¿Qué fue lo que mató al niño?](#)

La cadena de causas

El siguiente relato está extraído de *Rakku's Story* (La Historia de Rakku), un libro de Sheila Zurbrigg basado en un hecho real que ocurrió en un pueblo de la India.¹ (Hemos resumido y modificado un poco la versión original.) La historia ilustra vivamente cómo la muerte de un niño -en este caso de diarrea- es el resultado final de una larga cadena de causas. Los eslabones de la cadena incluirían diarrea severa y deshidratación, desnutrición extrema, condiciones de vida insanas y falta de agua potable. Estas, a su vez, tendrían muchas causas subyacentes. La historia de Rakku señala algunos de los numerosos eslabones de la cadena de causas.

HISTORIA DE RAKKU

Rakku hubiera querido alimentar a su bebé sólo con leche de pecho. Esa había sido durante mucho tiempo la costumbre de las mujeres de su aldea. Sin embargo, para que su familia pudiera sobrevivir, Rakku tenía que trabajar en las tierras de los terratenientes de sol a sol. Separada tantas horas de su bebé, no tenía más elección que dar al pequeño otros alimentos. Muy pronto no podría producir más leche de pecho.

Por ser campesina sin tierras y, además, mujer, Rakku tenía doble desventaja. Tras largas horas de trabajo agotador, recibía una paga demasiado pequeña para alimentar adecuadamente a su familia. Desde los siete años, su hijo mayor, Kannan, estaba ayudando a llegar a fin de mes sacando el ganado de varias familias de terratenientes a pastar en los matorrales.

Mientras trabajaba en los campos lejanos, Rakku dejaba a su niño en la choza de mimbre al cuidado de su hija de cinco años, Ponnu. Cada mañana, antes del amanecer, Rakku acarreaba agua desde un pozo lejano, molía unos puñados de *ragi* (milo o mijo) y cocinaba unas gachas para que su familia comiera. Aunque no había suficiente *ragi* para llenar sus estómagos, Rakku siempre dejaba algo en su plato, y enseñaba a Ponnu a que alimentara con ello al bebé mientras ella estuviera trabajando lejos en los campos.

Incluso con los niños mayores también trabajando, los ingresos de la familia no daban para comprar suficiente comida. El bebé, como el resto de la familia, solía pasar hambre. La creciente desnutrición y los repetidos brotes de diarrea pronto se convirtieron en un círculo vicioso. A veces, Rakku llevaba al niño enfermo a un curandero tradicional que le daba agua de arroz e infusiones de hierbas.

El bebé normalmente mejoraba por unos días, pero pronto se volvió más y más delgado.

Un día, el bebé desarrolló una diarrea tan grave que mejoró muy poco cuando Rakku le dio los remedios tradicionales de agua de arroz e infusiones. Su «estómago aguado» continuó por unos días, hasta que el niño estuvo tan agotado y seco como un arrozal durante una sequía.

Desesperada, Rakku decidió llevar a su niño al hospital de la ciudad. Fue una decisión dura, porque Rakku tendría que perder un día de trabajo y de paga. En el mejor de los casos, esto significaría un día sin comida, pues la familia no tenía reservas. Puestos en lo peor, Rakku podría perder su trabajo -sobre cuyas consecuencias tenía miedo de pensar-. Sabía que una madre más sensata dejaría morir al bebé para salvar al resto de la familia, pero el amor de Rakku por su bebé era demasiado fuerte.



Rakku vendió un puchero de bronce que había heredado de su madre -su última posesión de valor- para pagar el billete del autobús y la medicina, y llevó a su bebé al hospital de la ciudad. Tuvo que sobornar al guardia para que la dejara cruzar la puerta del hospital. Tras horas de espera en largas colas, por fin atendieron a su niño. Para entonces, el bebé estaba al borde de la muerte.

El médico regañó a Rakku por esperar tanto tiempo y no haber cuidado mejor a su niño. La envió a una enfermera, que le explicó concienzudamente la importancia de la leche de pecho y de algo que llamó «higiene». Sobre todo, la enfermera insistió en que su pequeño necesitaba más y mejor comida. Rakku escuchaba en silencio.

Mientras tanto, el médico puso una aguja en una vena del tobillo del bebé y lo conectó a un fino tubo con una botella de suero glucosado. Por la tarde, el arrugado cuerpo se hinchó un poco y el bebé parecía más despierto. La diarrea había parado, y por la noche la enfermera sacó la aguja de la pierna del pequeño. A la mañana siguiente, un médico le dio a Rakku una receta para que comprase medicinas en la farmacia y los envió a casa. De camino a su hogar, la diarrea del niño comenzó de nuevo.

Al llegar a casa, Rakku no tenía comida, ni dinero, ni nada para vender. Su bebé murió poco tiempo después.

Una característica retratada en la historia como la cuenta Sheila Zurbrigg, pero perdida en nuestro corto resumen, es el profundo amor de Rakku por su niño: el enorme coraje en su lucha por salvar la vida del bebé y su clara percepción de las necesidades básicas de su niño. Lo que también se percibe intensamente es la incapacidad de Rakku para hacer algo respecto a las causas fundamentales de la muerte de su bebé.

¿Qué fue lo que mató al niño?

Si preguntásemos a alguien *¿Qué fue lo que mató al niño?*, ¿Qué respuesta o respuestas podría darnos? El certificado de defunción -si lo hubiera habido- probablemente habría puesto «gastroenteritis» (diarrea) o «deshidratación» (pérdida de agua). Pero, claramente, la diarrea o la deshidratación -o incluso la «desnutrición severa»- sólo fueron los eslabones finales de una larga cadena de causas físicas, biológicas, económicas y políticas.

La mayoría de los médicos, como el de la historia de Rakku, probablemente definirían el problema que puso en peligro la vida del bebé como un problema médico, y no tuvieron en cuenta los cruciales factores subyacentes sociales y económicos. Este punto de vista tan limitado hizo que la intervención médica del doctor fuera de alguna manera contraproducente -incluso mortal-. Como pudimos ver, los gastos que hizo Rakku para conseguir asistencia médica empeoraron su apurada situación económica, agravaron el ya débil estado de su niño y llegaron a ser uno más de los eslabones en la cadena de causas que contribuyeron a su muerte.

De forma parecida, la enfermera de la historia enseñada se dio cuenta de que la escasa nutrición contribuyó a la enfermedad del niño. Pero, en vez de explorar las causas de la situación y ayudar a Rakku a encontrar maneras de afrontarlas, echó la culpa a Rakku. Los consejos de salud de la enfermera -encaminados a resolver un problema definido como educacional y de conducta- fueron más humillantes que provechosos. Hicieron poco por capacitar a Rakku o por impedir la muerte de su niño.



Como evidencia la historia de Rakku, es esencial que aquellos a los que nos preocupan las necesidades de salud de los niños del Tercer Mundo echemos una nueva mirada a las causas de la alta mortalidad y morbilidad -tasas de muerte y enfermedad- dentro del contexto de la pobreza y el subdesarrollo. Como señalaron Carl Taylor (pionero de la atención primaria de salud) y William Greenough: «Pocos problemas de salud están tan influenciados por múltiples causas como las enfermedades diarreicas.»² Típicamente, un niño sano y bien alimentado se recupera rápidamente de un brote de diarrea; la enfermedad es molesta y desagradable, pero no amenaza la vida. En comunidades donde la salud de los niños ya está

Vida y Muerte de un Niño: La Historia de Rakku

comprometida por la desnutrición, la falta de higiene y las infecciones repetidas, las enfermedades diarreicas se convierten en una gran causa de muerte.

En este libro discutiremos detalladamente diversos factores que contribuyen a las inaceptables tasas de mortalidad de los niños, centrándonos particularmente en la mortalidad infantil por diarrea. La lista de causas abarca desde todas las formas de agentes específicos de enfermedad (bacterias, virus, parásitos) en niños individuales, hasta las condiciones ambientales en casa y en la comunidad (como falta de comida, agua limpia o letrinas) o factores políticos y sociales en los niveles local, nacional y global.

Al tratar de explicar el mal estado de salud de los niños del mundo, diferentes observadores tienden a centrarse en causas distintas. Qué causas llaman nuestra atención, y cuáles tendemos a pasar por alto, dependen en gran medida de nuestro propio ambiente social y nuestra visión del mundo. Pero, con todo, nuestra manera de definir las causas de las enfermedades comunes suele determinar las soluciones que buscamos.

Fracasos y Logros Históricos del Modelo Occidental de Medicina en el Tercer Mundo

- [El debate sobre el desarrollo](#)
- Evolución de las políticas de salud del Tercer Mundo: [la medicina occidental como herramienta de dominio colonial](#)
- [Adaptación de planteamientos basados en la comunidad](#) a sistemas nacionales de salud

La evolución de las políticas de salud y los diferentes planteamientos de la atención de salud se producen dentro del contexto más amplio del desarrollo económico y social. Las diferentes visiones del desarrollo repercuten claramente sobre los modelos prevalentes de servicios médicos y de salud, influyendo en quiénes se van a beneficiar más, quiénes menos y quiénes van a ser perjudicados. Trataremos en detalle los procesos del desarrollo y el subdesarrollo en la Parte 4, pero aquí ofrecemos un breve resumen como base para la discusión sobre los planteamientos cambiantes de la atención de salud.

El debate sobre el desarrollo

Desde la época colonial, el «desarrollo» de las tierras colonizadas del Sur, llamadas «subdesarrolladas», «menos desarrolladas» o «en desarrollo», ha sido definido y dirigido por las naciones más poderosas del Norte. La transferencia neta de riqueza del Sur al Norte ha sido siempre el hilo conductor del proceso de desarrollo. Como veremos con más profundidad en la Parte 3, la incidencia persistentemente alta de enfermedad, muerte y retraso del desarrollo en los niños del mundo está unida de manera inseparable a las cada vez más globalizadas fuerzas del subdesarrollo - puestas en práctica en nombre del desarrollo-. (Por esta razón nosotros solemos usar más el término «subdesarrollado» que «en desarrollo» o «en vías de desarrollo».)

Durante el siglo XX el concepto de desarrollo se ha hecho sinónimo de *crecimiento económico*. Con este fin, durante los años 50 los planificadores del desarrollo apremiaron a los gobiernos del Tercer Mundo a invertir en proyectos de industrialización y agricultura a gran escala (ya aceptar enormes préstamos para ello). Aunque los planificadores reconocían que este modelo de *desarrollo orientado al crecimiento* concentraría la riqueza en manos de unos pocos, los más prósperos de la sociedad, mantenían que al final los beneficios gotearían sobre los pobres. En las dos décadas siguientes, sin embargo, se vio cada vez más claro que esta teoría del goteo no funcionaba. El crecimiento económico general se acompañó con frecuencia de una expansión de la pobreza.

Al agudizarse la pobreza y el consiguiente malestar social a finales de los años 60 y principios de los 70, los planificadores del desarrollo empezaron a dar mayor importancia -al menos en su retórica- a la importancia de la eliminación de la pobreza mediante medidas como el incremento del empleo y la promoción de una distribución más justa de los ingresos. Esto desembocó en el concepto de ofrecer *servicios básicos* en respuesta a *necesidades básicas*, concepto que se hizo dominante dentro del pensamiento sobre el desarrollo y la salud.

Sin embargo, esta tendencia progresista fue frenada por la crisis económica que comenzó a finales de los 70. Combinada con un cambio político hacia posiciones más conservadoras en varios de los países más industrializados, causó una regresión drástica en las líneas maestras de las políticas de desarrollo que aún se mantiene hoy día. En respuesta a la enorme carga de su deuda externa, los países deudores del Tercer Mundo fueron obligados a aceptar Programas de Ajuste Estructural (PAEs), impuestos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), como condición para recibir nuevos créditos. Estas políticas de ajuste -que disminuían los salarios reales, reducían los subsidios para alimentación y recortaban los presupuestos para salud y educación públicas- perjudicaron, más que beneficiaron, a la población más pobre (véase Capítulo 11).

De esta forma, durante los años 80 las políticas para proporcionar a los pobres unos ingresos y servicios más adecuados perdieron importancia. Al caer los salarios y aumentar el desempleo, las necesidades básicas de un sector grande y cada vez mayor de la población quedaban sin cubrir. En un momento en el que eran más necesarios que nunca, los programas sociales diseñados para funcionar como red de seguridad para los pobres fueron sistemáticamente recortados. Las estrategias de desarrollo de los años 90 han empezado a mostrar abiertas contradicciones que disminuyen su credibilidad. A pesar de la promesa del Banco Mundial de dar prioridad a la eliminación de la pobreza, sus políticas favorecedoras de las grandes empresas siguen como siempre, y la diferencia entre ricos y pobres continúa aumentando. Estas tendencias macroeconómicas -que estudiaremos con más detalle en la Parte 3- tienen una enorme influencia sobre los cambios tanto en los sistemas sanitarios como en la Salud.

Evolución de las políticas de salud del Tercer Mundo: la medicina occidental como herramienta de dominio colonial

Por todo el Tercer Mundo, los sanadores tradicionales (chamanes, herbolarios, hechiceros, hueseros, etc.) han sido durante siglos los principales suministradores de asistencia sanitaria. Aún en la actualidad, en muchos países todavía ofrecen una alternativa a la medicina occidental, siendo muchas veces los principales cuidadores en las zonas rurales y urbanas marginales.

Antes del siglo XIX, los servicios médicos coloniales -suministrados por médicos occidentales ligados a las compañías comerciales- atendían casi exclusivamente a sus empleados europeos. Durante todo el periodo colonial, las iniciativas sobre salud pública tenían como objetivo combatir las enfermedades que afectaban a las poblaciones europeas (p.ej. la malaria o la enfermedad del sueño) o bien mantener más sana la mano de obra para asegurar unas buenas ganancias.³ Por ejemplo, el Comité Consultivo para el Desarrollo Colonial de Gran Bretaña señalaba en 1939 que:

«Si se quiere desarrollar completamente la productividad de los territorios de África Oriental y, con ello, la capacidad potencial de estos territorios para absorber bienes manufacturados del Reino Unido, es esencial que el nivel de vida de los nativos aumente, y para ello la erradicación de enfermedades es una de las medidas más importantes.»⁴

Al final del periodo colonial, el modelo de atención de salud desarrollado en la mayor parte del Tercer Mundo estaba basado en gran medida en el sistema de los países industrializados. Optaba por tecnología cara y cuidados curativos mediante grandes hospitales urbanos, con personal de formación occidental. Sus servicios se limitaban casi exclusivamente a las grandes ciudades y, en menor medida, a plantaciones y minas.

Los pocos servicios de salud pública existentes eran rudimentarios y estaban en las ciudades. Las necesidades de la gente de las zonas rurales y los barrios urbanos pobres eran en su mayor parte ignoradas. Esta situación continuó con pocas variaciones hasta mediados del siglo XX.

Intentos de reforma del modelo médico occidental

Los años 50 y 60 vieron cómo la mayor parte de Asia y África se independizaba del dominio

colonial. La mayoría de los nuevos estados independientes diseñaron planes para extender los servicios de salud a las zonas desatendidas. Aunque sobre el papel estos planes habitualmente ponían el acento en la prevención y daban prioridad a las zonas rurales, la mayoría de la financiación gubernamental e internacional continuó yendo hacia servicios curativos urbanos. Algunos países pobres gastaban más de la mitad de sus presupuestos para salud en mantener uno o dos macrohospitales urbanos para atención terciaria.



Estos «palacios de la enfermedad»^{*} eran equipados con el instrumental médico de importación más caro y reciente. Sus especialistas e investigadores de formación occidental se centraban en las enfermedades de los más pudientes, olvidando las de la mayoría pobre. Por ejemplo, Imelda Marcos mandó construir el Centro del Pulmón de Filipinas, que costó una fortuna, pero el Centro no atendía a pacientes con tuberculosis porque no quería ocuparse de las enfermedades infecciosas.

La tuberculosis, en la época en la que se construyó el Centro del Pulmón, era la tercera causa de muerte en el país. (En la actualidad, todavía es la cuarta causa de muerte.) Durante muchos años, las operaciones del Centro del Pulmón tuvieron que recibir enormes subvenciones. Entre tanto, el Instituto de Quezón, una institución más antigua para pacientes tuberculosos, veía recortado su presupuesto año a año.⁵

Las campañas de salud pública durante este periodo tendían a ser bastante limitadas. Eran diseñadas para erradicar enfermedades específicas como el pian, la viruela o la malaria. Estas campañas solían ser «verticales» (específicas para una sola enfermedad): cada una tenía su propia administración y financiación, y operaban de manera autónoma en lugar de estar integradas en el sistema de atención de salud. Muchas veces estas campañas tan limitadas absorbían más recursos que el resto de los servicios rurales de salud juntos. Como veremos, la promoción internacional de campañas limitadas y verticales ha continuado hasta la actualidad, pese a los intentos de introducir estrategias de salud más amplias.

Probablemente el avance más significativo de los años 50 y 60 fue la creación del *centro de salud rural*, atendido por trabajadores y auxiliares paramédicos llamados *auxiliares médicos* y *auxiliares sanitarios*. Este planteamiento -promovido por la Comisión Bhore de la India y más tarde esbozado en el libro de Maurice King *Medical Care in Developing Countries* (Atención Médica en los Países en Desarrollo)- es conocido como el modelo de los *servicios básicos de salud*.⁶ Aunque mejoró algo la cobertura, esta concepción estaba todavía muy medicalizada y orientada a los servicios, con poca participación de la comunidad.

A finales de los años 60 y principios de los 70 los planificadores de la salud y el desarrollo se fueron dando cuenta de la dimensión social y económica de la falta de salud. La creciente

conciencia social de que la salud -y la atención de salud- era un derecho humano fundamental provocó el apoyo internacional a un *modelo de necesidades básicas* para los servicios nacionales de salud. Al volver a ordenar sus prioridades ante esta nueva ética social de servicios básicos de salud para toda la población, algunas de las principales agencias de financiación comenzaron a cambiar su preferencia desde los grandes hospitales urbanos hacia programas de salud comunitarios. Calculaban que los fondos gastados en un solo hospital docente podrían mantener cientos de centros de salud o clínicas a cargo de auxiliares sanitarios, y podrían suministrar servicios básicos a un número mucho mayor de personas.⁷

A mediados de los años 70, aunque se había mejorado el acceso de muchas personas del medio rural a la atención de salud gracias al uso de auxiliares, se estaba aún lejos de alcanzar el potencial esperado. Esto se debía en parte a que los ayudantes médicos y otros auxiliares, al igual que sus maestros profesionales (médicos y enfermeras), tenían poca relación o compromiso con las comunidades a las que servían. Con frecuencia, o ascendían en la jerarquía médica o abandonaban el servicio.

Efectos negativos del modelo occidental de medicina

El defecto más grave del modelo occidental de atención de salud -que aún es el modelo dominante en el Tercer Mundo- es que ignora casi por completo las causas socioeconómicas y políticas que subyacen bajo los problemas de salud. Los profesionales de la salud han ayudado a extender la idea de que la falta de salud de las personas de los países pobres se debe en su mayor parte a la ignorancia y a la superpoblación, en lugar de al empobrecimiento del Tercer Mundo a manos del Primer Mundo.

La implantación de la medicina occidental en el Tercer Mundo ha tenido otros efectos negativos. En los países pobres, como en los ricos, la mayoría de los médicos proceden de las clases sociales más altas. Con frecuencia se alían con los intereses de empresas locales e internacionales, especialmente de las médicas. Invocando el principio de la «autonomía profesional», los médicos insisten en su derecho ilimitado a adquirir y utilizar tecnología sofisticada y costosa y a prescribir medicinas caras, a menudo inútiles o peligrosas. Sobre todo, la mayoría insiste en su derecho a la práctica privada. Sus intereses particulares les han llevado muchas veces a oponerse al cambio social, tanto a escala nacional como internacional. Por ejemplo, en Chile, durante la presidencia de Salvador Allende, muchos médicos obstaculizaron los intentos de democratizar las instituciones de salud. Una oposición similar ocurrió en Nicaragua tras la caída del régimen colonial.

Las semillas de la reforma

La decepcionante actuación de los auxiliares, junto al interés cada vez mayor en el *modelo de necesidades básicas* durante la década de los 70, llevó a una creciente crítica y a un replanteamiento de la estrategia de atención de salud en el Tercer Mundo. También contribuyó el notable progreso en la salud alcanzado en China, así como los logros de muchas pequeñas iniciativas populares en países del Tercer Mundo, emprendidas principalmente por organizaciones no gubernamentales.

De estos planteamientos alternativos surgió el concepto de *atención de salud basada en la comunidad*. Para este concepto fueron claves los *trabajadores de salud comunitarios* o *promotores de salud*: personas seleccionadas desde y por sus propias comunidades que recibían breves cursos para enseñarles a ayudar a sus vecinos a cubrir sus necesidades de salud más importantes. Se fomentaba la autosuficiencia y el uso de recursos locales baratos. Se daba prioridad a las medidas preventivas, la educación sanitaria y la implicación y el liderazgo de los miembros de la comunidad.

Durante los años 60 y 70 grupos comprometidos de promotores de salud y organizadores de la comunidad comenzaron a establecer las bases de lo que se acabó llamando «Programas de Salud Basados en la Comunidad» (PSBC). Estas iniciativas populares participativas y concienciadoras surgieron en unas cuantas regiones, como Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México,

Sudáfrica, India, Bangladesh y Filipinas.

La mayoría de estos programas comenzaron como una respuesta humanitaria a las tremendas necesidades sin cubrir, con unos objetivos más humanitarios que políticos. Pero la explotación institucionalizada y la violación rutinaria de los derechos básicos de las personas pobres contribuían con tanta claridad a la falta de salud y a las altas tasas de mortalidad (especialmente en los niños) que muchos de estos programas basados en la comunidad incorporaron componentes sociopolíticos. En algunas regiones (Filipinas, Centroamérica y Sudáfrica) una amplia variedad de programas de salud comunitarios pequeños y aislados comenzaron a formar tímidas alianzas que poco a poco crecieron hasta hacerse movimientos de base muy amplia que unían salud, justicia social y derechos humanos básicos.

En Nicaragua (bajo Anastasio Somoza), Filipinas (bajo Ferdinand Marcos) y Sudáfrica (bajo la ley del apartheid), las enormes desigualdades sociales y las violaciones sistemáticas de los derechos humanos contribuyeron al pésimo estado de salud de una mayoría marginada. Y en cada uno de estos países, el potente movimiento comunitario por la salud tuvo un papel clave en la «concienciación» y el desarrollo de la capacidad de resolución de problemas y de organización que permitió al pueblo levantarse y derrocar a estos regímenes despóticos.

Iniciativas de salud basadas en la comunidad de diferentes partes del mundo desarrollaron distintos métodos para ayudar a promotores de salud, grupos de madres, campesinos y otros a aprender a analizar sus necesidades de salud y a elaborar acciones organizadas. En Latinoamérica, los métodos de desarrollo de la conciencia crítica del famoso programa alfabetización de Paulo Freire en Brasil (del que surgió su clásico libro *Pedagogía del Oprimido*) fueron adaptados a la educación para la salud (véase p. 142). Un modelo de «Aprendizaje Basado en el Descubrimiento» fue desarrollado en Centroamérica y México y descrito en el libro de David Werner y Bill Bower *Aprendiendo a Promover la Salud*.⁸ Al mismo tiempo, en Filipinas, un proceso colectivo de «análisis de la situación» o «análisis estructural» fue igualmente utilizado para ayudar a la gente a identificar las causas subyacentes de la falta de salud. Estos métodos liberadores se convirtieron en herramientas importantes para ayudar a grupos de personas desfavorecidas a dirigir un «diagnóstico comunitario» de sus problemas de salud, analizar la multiplicidad de sus causas y diseñar estrategias correctoras de manera innovadora y creativa.

La iniciativa de salud basada en la comunidad más grande y probablemente más aclamada fue el programa de médicos descalzos de China. Surgió de un movimiento de liberación nacional y fue incorporado a continuación al sistema nacional de salud de la victoriosa República Popular. Como parte integrante de un proceso de desarrollo revolucionario, buscaba que fueran cubiertas las necesidades básicas de salud del pueblo. Para este fin, lo más notable de la campaña era que promovía un proceso descentralizado en un país que siempre ha tenido un gobierno fuertemente centralizado. Cada médico descalzo rendía cuentas ante los miembros de su comunidad, aunque el gobierno central respaldaba el programa. De esta manera, la comunidad local adquiría más influencia sobre la naturaleza y la calidad del servicio de salud que recibía; millones de personas fueron movilizadas para que participaran. Además, la campaña fue única por su compromiso por asegurar mejoras integrales en comida, vivienda y saneamiento ambiental. Como resultado, varias enfermedades fueron prácticamente erradicadas, a la vez que la mortalidad infantil caía de manera significativa. (El éxito de China en la «Buena Salud a Bajo Coste» se trata con más detalle en el Capítulo 17.)

Adaptación de planteamientos basados en la comunidad a sistemas nacionales de salud

A mediados de los años 70, algunos importantes especialistas y planificadores del desarrollo -al observar cómo el modelo occidental de atención de salud no había podido mejorar las estadísticas sanitarias de muchos países del Tercer Mundo- decidieron examinar con detalle los modelos que

parecían tener más éxito. Las impresionantes mejoras en la salud de China y de programas de salud basados en la comunidad de Filipinas y otros sitios destacaban en total contraste con los decepcionantes resultados de la mayoría de los programas nacionales de salud de orientación occidental. Pese a las críticas que los tachaban de «no profesionales» o «de segunda categoría», los planificadores de la salud comenzaron a estudiar la posibilidad de usar los principios de los PSBC en los servicios nacionales de salud. Esto supondría un cambio revolucionario desde la clase médica dirigente hacia la participación intensa de la comunidad, dando prioridad a la prevención, a las zonas rurales y a un planteamiento que situara la enfermedad en su contexto social. Esto significaba literalmente poner el sistema boca abajo, de un sistema verticalista (desde arriba) a un proceso hecho desde abajo.

Sin embargo, las reformas se realizaron con cautela, debido en parte a las crecientes tensiones respecto a las cuestiones sociales que afectan a la salud. Los grandes gobiernos empezaron a apropiarse de algunas de las nuevas ideas mientras prestigiosas instituciones académicas internacionales comenzaban a usar la retórica de los planteamientos alternativos hechos desde abajo. Términos como «autodeterminación» o «participación comunitaria» fueron incorporados al vocabulario de profesores y licenciados bajo la nueva doctrina de «Salud para el Pueblo».

Por fin, en 1978 en Alma Ata, Kazajstán (entonces dentro de la Unión Soviética), un encuentro de ministros de salud de todo el mundo llevó a la formulación de un plan según el cual debería haber servicios básicos de salud disponibles para todas las gentes. En el siguiente capítulo echaremos un vistazo a la Declaración de Alma Ata, un documento inusualmente progresista con implicaciones estructurales y económicas de gran alcance. Si se aplicara en su totalidad, podría llevar importantes beneficios para los pobres y desfavorecidos de todo el mundo.

*Este término fue acuñado por David Morley, pionero de la salud pública y autor de *Paediatric Priorities in the Developing World* (Prioridades Pediátricas en el Mundo en Desarrollo) y de *See How They Grow* (Mira cómo Crecen). Durante los años 50 y 60, Morley, Maurice King (autor de *Medical Care in Developing Countries* o Atención Médica en los Países en Desarrollo) y otros investigadores pidieron la transformación de los servicios médicos para cubrir las necesidades de los pobres.

Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud

- [Implicaciones sociales y políticas de la Atención Primaria de Salud y la Declaración de Alma Ata](#)
- [Resistencia a la Atención Primaria de Salud](#)
- [Declaración de Alma Ata](#)

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), en la antigua URSS, supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud. En la Conferencia, apadrinada por la OMS y el UNICEF, participaron ministros de salud de más de 100 países. Virtualmente todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo «Salud para Todos en el Año 2000».⁹ Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la Salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social*.¹⁰ Todo esto fue enunciado en la Declaración de Alma Ata, cuyo documento final aparece recogido al completo en las páginas 22 y 23.

Para lograr el ambicioso objetivo de Salud para Todos, las naciones del mundo -junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras- se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado *Atención Primaria de Salud (APS)*.

Como mencionamos al final del Capítulo 2, muchos de los principios de la Atención Primaria de Salud fueron tomados de China y de diferentes experiencias de Programas de Salud Basados en la Comunidad no gubernamentales, pequeños y poco conocidos, de Filipinas, América Latina y otros países. La íntima conexión de muchas de estas iniciativas con movimientos políticos reformistas explica en parte por qué los conceptos subyacentes en la APS han recibido tanto críticas como elogios por su carácter revolucionario.

Implicaciones sociales y políticas de la Atención Primaria de Salud y la Declaración de Alma Ata

Tal como fue propuesto en Alma Ata, el concepto de APS tenía fuertes implicaciones sociopolíticas. Primero, apuntaba explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas fundamentales, *sociales, económicas y políticas de la falta de salud*. En concreto, tal como se concibió en Alma Ata, dicha estrategia debía promover una distribución más justa de los recursos:

«El compromiso político por la Atención Primaria de Salud implica algo más que un apoyo formal por parte de los gobiernos y los líderes de la comunidad [...] Para los países en desarrollo en particular, implica la transferencia de una mayor cantidad de recursos sanitarios a la mayoría desatendida de la población. Al mismo tiempo, es necesario aumentar los presupuestos nacionales de salud hasta que toda la población tenga acceso a una atención de salud básica [...]

»También es necesaria una política clara por la cual los países más influyentes se comprometan a realizar una distribución más justa de los recursos para permitir a los países en desarrollo y, de forma muy especial, a los menos desarrollados, poner en marcha la Atención Primaria de Salud.»¹¹

La APS también hacía hincapié en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los sectores más empobrecidos de la comunidad. (Desdichadamente, para hacer la declaración más aceptable a las diferentes políticas de los países representados -de Mozambique al Zaire, de China a Corea del Sur, y de EE.UU. a la URSS- no se realizó una exposición detallada de la forma en que había que realizar este desarrollo.) Así:

«No es defendible ninguna distinción entre desarrollo social y económico [...] Más aún, los factores sociales son la fuerza impulsora del desarrollo. El propósito del desarrollo es permitir a las personas mantener una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria.

»Puesto que la Atención Primaria de Salud es la clave para lograr un nivel aceptable de salud para todos, también ayudará a que las personas alcancen su propio desarrollo económico y social. Por tanto, la Atención Primaria de Salud debería ser parte integrante del desarrollo general de la sociedad.»¹²

La Declaración de Alma Ata también mantiene que, para plantear y llevar a la práctica de forma eficaz la APS, la participación comunitaria ha de ser fundamental. La notable participación de los usuarios había sido un signo común de los programas basados en la comunidad que habían sido estudiados en el proceso de elaboración de la Declaración. Esta afirma que «la autoest

ima y la conciencia social son factores clave en el desarrollo humano» y recalca la importancia de «la participación comunitaria en la decisión de las estrategias y en planificar, poner en marcha y controlar los programas de desarrollo.»¹³

Los participantes en Alma Ata también reconocieron que la APS, por sí misma, podía contribuir al desarrollo y servir como un medio para la acción organizada y para despertar la conciencia social. De la misma forma, se dieron cuenta de que el proceso desencadenado por una mayor concienciación y movilización era potencialmente revolucionario y que, por lo tanto, era probable encontrar la oposición de aquellos que querían preservar el orden establecido:

«Se puede ver que la correcta aplicación de la atención primaria de salud tendrá consecuencias a largo plazo, no sólo en el sector de la salud sino también en otros sectores sociales y económicos comunitarios. Es más, influirá de forma importante en la organización general de la comunidad. La oposición a dicho cambio es de esperar...»¹⁴

Puesto que el UNICEF y la OMS representan a gobiernos, tienen que ser cuidadosos para no pronunciar conceptos revolucionarios de forma muy descarada. Como ha señalado un activista de la salud, Vincent Navarro, este sería el verdadero talón de Aquiles de la Declaración. La mayor parte del lenguaje usado permite suficiente libertad de interpretación para que gobiernos puedan acomodarlo como ellos quieran. Esto socava la esencia y debilita el poder de la exigencia de Alma Ata de «Salud para Todos» y de los cambios radicales en las estructuras de poder y en los sistemas económicos que requiere.



Resistencia a la Atención Primaria de Salud

En el despertar de Alma Ata, ministros de salud de países subdesarrollados -incitados por especialistas y agencias financieras internacionales- comenzaron a poner en marcha programas nacionales basados en la Atención Primaria de Salud. Era previsible que en aquellos países en los que el pueblo apenas ejercía liderazgo alguno (es decir en la mayor parte de los países), pronto aparecerían resistencias a la aplicación del componente liberador de la APS.

Como resultado, muchos programas nacionales fueron puestos en marcha y atrajeron fondos bajo el cartel de la APS. Pero, en la práctica, tendían a tratar la Atención Primaria de Salud como una extensión del mismo sistema médico occidental hecho desde arriba, y lo extendieron hacia áreas deprimidas. Para mantener la nueva imagen, se adoptó el lenguaje progresista de Alma Ata; expresiones como *participación popular*, *decisiones en manos del pueblo* y *liberación* pasaron a formar parte del nuevo argot oficial.

Se formaron Promotores Comunitarios de Salud (PCS) pero, en vez de convertirlos en los miembros más importantes del equipo de salud, fueron relegados a la posición más baja y servil de la jerarquía sanitaria existente. Los servicios que se les permitió cubrir, especialmente los curativos, eran normalmente tan limitados que era muy difícil para los PCS ganarse el respeto del pueblo. Lejos de convertirse en el deseado agente de cambio, el papel del promotor de salud se convirtió en el de un siervo civil: lacayo, no liberador.¹⁵

En resumen, el potencial transformador de Alma Ata se quedó en gran parte en la mesa de dibujo.

El uso de la Declaración de Alma Ata para neutralizar exitosos proyectos de salud basados en la comunidad

Como mencionamos en el capítulo previo, muchos de los Programas Comunitarios de Salud que fueron la inspiración para la APS no eran sólo iniciativas sobre salud. Formaban parte de una lucha más amplia de la gente marginada por mejorar su bienestar y sus derechos. Como tales, se encontraban a menudo con una seria oposición. Incluso programas que no proponían de forma explícita cambios sociales en sus objetivos suponían una amenaza para los intereses creados, por su insistencia en señalar las causas originales de la falta de salud y por querer «poner primero a los últimos».¹⁶ Tanto la organización comunitaria, como la forma de despertar conciencias dirigidas a ese fin, eran vistas a menudo por las autoridades locales como una fuente de problemas.

Los esfuerzos de las bases para poner la salud en manos del pueblo se convirtieron en una seria amenaza no sólo para las elites y los gobiernos, sino también para la clase médica, que durante largo tiempo había mantenido un poderoso monopolio del saber y de la capacidad de curar. Su aversión a abandonar este control, combinado con los procedimientos burocráticos de los gobiernos, acarreó grandes obstáculos al desarrollo de estos nuevos programas.

Se hizo evidente cierta oposición a estos programas progresistas de salud; en algunos países autoritarios, los PCS fueron acosados o arrestados. Más a menudo, sin embargo, los proyectos fueron frustrados por otros métodos más elaborados. Para hacer superfluos los programas comunitarios de salud, introdujeron costosos programas gubernamentales en las mismas comunidades (olvidando a menudo zonas que no tenían ningún tipo de servicios).¹⁷ Provisos de trabajadores de salud uniformados, bien pagados y acreditados, estos puestos oficiales dependían directamente del gobierno. Estaban bien abastecidos de medicinas no esenciales con envoltorios de colores, con instrucciones de que las distribuyeran generosamente -en completo contraste con la ética de la APS de los programas comunitarios de salud, que buscaba el uso responsable y limitado de los medicamentos-. Así, estos nuevos programas patrocinados por los gobiernos contribuían a minar el potencial empuje progresista de las iniciativas comunitarias.

Entonces, de forma irónica, la Declaración de Alma Ata, que construía su filosofía sobre las «luchas populares por la salud» de los Programas de Salud Basados en la Comunidad, fue pronto utilizada

por los gobiernos autoritarios como un pretexto para deshacerse de esos programas verdaderamente comunitarios. Bajo la excusa de que todos los servicios de salud a la comunidad debían unificarse bajo la bandera de la APS, procedieron a asimilar, incorporar o cerrar los programas autónomos desarrollados por la comunidad.

Ahora, casi dos décadas después de la Declaración de Alma Ata, muchos críticos han concluido que la APS fue un *experimento que fracasó*. Otros argumentan que, en su sentido pleno, liberador, la Atención Primaria de Salud nunca se intentó llevar a cabo.¹⁸ A pesar de todos los esfuerzos contra ella, sin embargo, hay algunas experiencias que tuvieron éxito -o al menos cierto éxito temporal-. Durante los años ochenta, los gobiernos de Mozambique y Nicaragua llevaron a cabo iniciativas en la línea del protocolo de Alma Ata. Ambos países fueron alabados por la OMS por aumentar su cobertura de APS y mejorar de forma muy importante sus estadísticas de salud. Las claves de estos éxitos se debieron a: (1) la presencia de un deseo político de responder a las necesidades básicas de salud de toda la población; (2) la participación popular activa en el intento de lograr este objetivo; y (3) el aumento de la igualdad social y económica.

Desgraciadamente el temprano éxito de las experiencias de Mozambique y Nicaragua fue breve. Los gobiernos de Sudáfrica y Estados Unidos, respectivamente -preocupados por los modelos alternativos que estos países podrían suponer para sus vecinos- lanzaron campañas desestabilizadoras diseñadas para detener su progreso. Promotores de salud de ambos países se convirtieron en objetivo mortal de fuerzas paramilitares subvencionadas por las superpotencias regionales y mundiales.¹⁹ Cuando los dos países fueron incapaces de mantener su incipiente progreso, los opositores a la APS (y al desarrollo orientado a la equidad) usaron este dato para argumentar que los éxitos de estas alternativas de apoyo al pueblo eran transitorias e insostenibles.

Sin embargo, el peor ataque a la APS vino desde el propio sistema internacional de salud pública. Las poderosas instituciones mundiales de salud pusieron en marcha una campaña internacional para despojar a la APS de sus componentes de más alcance, potencialmente revolucionarios, y reducirla así a un planteamiento limitado con el cual las estructuras de poder nacionales y mundiales pudieran sentirse más cómodas. Este desmantelamiento de la APS será el tema del próximo capítulo.

DECLARACIÓN DE ALMA ATA

I. La Conferencia reafirma con decisión que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

II. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como dentro de los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida

sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria el máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII. La atención primaria de salud:

A. Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre la salud pública.

B. Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y, para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

C. Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiado tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.

D. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

E. Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

F. Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

G. Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes

sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria de salud a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarme podría y debería dejar recursos adicionales que podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria de salud, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.



La Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud realiza un llamamiento para una acción nacional e internacional urgente y efectiva a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria de salud, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración.

El Fracaso de la Atención Primaria de Salud y el Auge de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil

- [De la Atención Primaria de Salud Integral a la Selectiva](#)
- Otro contratiempo para la Atención Primaria de Salud Integral: [la recesión mundial de los años 80](#)
- [La Revolución en pro de la Supervivencia Infantil](#): una política de ajuste para la Salud

De la Atención Primaria de Salud Integral a la Selectiva

Por las razones que hemos comentado, el modelo de Alma Ata de Atención Primaria de Salud fue atacado casi desde el principio. Este ataque surgió incluso del mismo sector de la salud pública. Ya en 1979, antes de que la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural fueran usados como argumento en contra (véase Parte 3), Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren de la Fundación Rockefeller argumentaban que la versión *integral* de la Atención Primaria de Salud (APS-I) enunciada en la declaración de Alma Ata era demasiado cara y demasiado poco realista.²⁰ Si se querían mejorar las estadísticas de salud, planteaban, habría que «apuntar» a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta nueva intervención más limitada se conoce como Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S).

Este nuevo planteamiento despoja a la APS de sus conceptos clave. La insistencia en el desarrollo social y económico fue eliminada, de la misma forma que lo fue la necesidad de incluir a todos los sectores relacionados con la salud en el planteamiento de los programas. Además, desapareció la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la APS. Esta versión selectiva y sin contenido político (y por tanto inofensiva) de la APS se redujo así a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud. De esta forma, la Atención Primaria de Salud Selectiva, fue rápidamente aceptada por gobiernos nacionales, ministros de salud y muchas de las organizaciones internacionales más grandes e importantes.

Los gobiernos de las minorías privilegiadas -con intereses creados para mantener las desigualdades del orden establecido- tenían pocas ganas de aplicar la APS-I. Aunque nadie se atrevió a decir públicamente que el modelo de APS de Alma Ata era subversivo, ya desde el principio hubo muchas voces importantes proclamando que no llegaría a funcionar. Estos fueron los mismos gobiernos y las mismas voces que corrieron a apoyar a la APS-S.

Otro contratiempo para la Atención Primaria de Salud Integral: la recesión mundial de los años 80

Como trataremos en mayor detalle en la Parte 3, los años 80 trajeron una combinación de recesión mundial, deuda externa sofocante, políticas de ajuste devastadoras, escalada de los gastos militares,

empeoramiento de la pobreza y destrucción medioambiental masiva; y cada uno de éstos agravando a los otros en un círculo vicioso. Los países subdesarrollados, en especial sus ciudadanos más pobres, sufrieron grandes retrocesos -tanto que el UNICEF apodó a los 80 como la «década de la desesperanza»²¹-. En el *Estado Mundial de la Infancia* 1989, UNICEF informa de que:

- Durante la década de los 80, los ingresos medios han descendido entre un 10% y un 25% en casi toda África y en la mayor parte de América Latina.²² Los más afectados fueron familias que incluso antes de la bajada de ingresos no ganaban lo bastante para la adecuada alimentación de sus hijos. En muchos países [...] comienzan a detectarse indicios de un aumento de la desnutrición.²³
- En los 37 países más pobres se han registrado [...] reducciones del 50% en el gasto per cápita en atención de salud.²⁴
- En estos 37 países el gasto en educación bajó un 25%*/²⁵. Y en casi la mitad de los 103 países en desarrollo con datos recientes se aprecia un descenso en el porcentaje de niños y niñas de 6 a 11 años escolarizados en la enseñanza primaria.²⁶ Esto tiene especial importancia para la salud, ya que el nivel medio de educación femenina suele relacionarse con la mortalidad infantil.

Ante estos crecientes obstáculos para el objetivo de *salud para todos*, a comienzos de los 80 el UNICEF se enfrentó a algunas decisiones difíciles. Una de las más duras fue si fomentaría la Atención Primaria de Salud *Integral* o la *Selectiva*. ¿Debería UNICEF continuar su dura batalla a favor de un planteamiento amplio y liberador como se anunciaba en Alma Ata? O, ¿debería navegar



con los vientos conservadores de la década, apuntándose a un planteamiento más selectivo que podría contar más fácilmente con el apoyo de poderosos gobiernos, instituciones y fuentes de financiación? Era una elección difícil y crucial.

Por desgracia, el UNICEF comenzó a retirar su apoyo a una atención de salud integral y equitativa. En vez de renovar su petición de los años 70 de un orden económico internacional más justo, expresada en la declaración de Alma Ata, el UNICEF comenzó a hablar de una «fuerza contraria

que afecta a la infancia del mundo: la continua recesión económica» como si las políticas socialmente regresivas impuestas a los países pobres fuesen una fuerza inevitable de la naturaleza.²⁷ El hecho de que el UNICEF hablara de modificar los ajustes estructurales, en lugar de cuestionar la injusticia de los ajustes en sí mismos,²⁸ era equivalente a aceptar la desigualdad y la pobreza como hechos inalterables de la vida.

Al aceptar la tesis de que las condiciones mundiales que incrementan la desigualdad y la pobreza no podrían ser corregidas, se hizo más fácil argumentar que el objetivo de Alma Ata de «salud para todos» no era realista. Claramente, el «completo bienestar físico, mental y social» resultaba inalcanzable para los cada vez más millones de personas viviendo en una pobreza espantosa. Incluso el objetivo médico de «ausencia de enfermedad» era inalcanzable dados los recortes en los servicios de salud y el incremento del hambre y la pobreza.

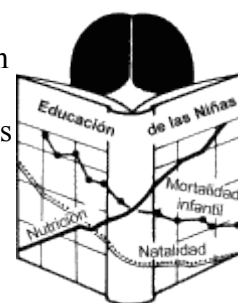
Ya que *salud para todos* dejó de ser una meta viable, el UNICEF optó por la *supervivencia infantil*.

La Revolución en pro de la Supervivencia Infantil: una política de ajuste para la Salud

En 1983, el UNICEF anunció que estaba adoptando una nueva estrategia diseñada para lograr una «revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil», a un coste accesible para los países pobres.²⁹ Claramente dentro del modelo de la APS-S, la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil fue presentada como una versión más perfilada, barata y factible de la Atención Primaria de Salud diseñada para proteger a los niños del impacto de las cada vez más deterioradas condiciones económicas. Dirigida principalmente a niños menores de cinco años, su objetivo era reducir a la mitad la mortalidad infantil en el Tercer Mundo en el año 2000.³⁰ Con este fin, daba prioridad a cuatro importantes intervenciones sobre la salud que, en inglés, forman el acrónimo «GOBI»:

- Monitorización (control) del crecimiento (*Growth Monitoring*)
- Terapia de rehidratación oral (*Oral rehydration therapy*)
- Lactancia materna (*Breastfeeding*)
- Inmunización (*Immunization*)

En respuesta a la preocupación de que GOBI pudiera ser demasiado selectivo, el UNICEF, al año siguiente, recomendó una versión ampliada: «GOBI-FFF», añadiendo planificación Familiar, suplementos alimenticios (*Food supplements*) y educación Femenina. Aunque la respuesta a la versión limitada de GOBI había sido entusiasta, la versión ampliada GOBI-FFF ha tenido poco éxito entre los donantes y los ministerios de salud. De hecho, en la práctica real, GOBI fue a menudo aún más recortado. Muchas naciones limitaron sus principales campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral e inmunizaciones, que el UNICEF comenzó a llamar los «dos motores» de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. Algunos países incluso utilizaban la mayor parte de sus presupuestos en sólo uno de estos «motores», descuidando el otro.



En apariencia, el argumento de UNICEF a favor de GOBI parece convincente. Ben Wisner, fuerte crítico de GOBI, lo ha resumido en cuatro pasos:

1. Los recursos financieros y humanos para la Atención Primaria de Salud en los países pobres son escasos, y se hacen más escasos por la persistente crisis económica internacional.
2. Existen tecnologías sencillas, baratas y muy accesibles para salvar vidas infantiles.
3. También existen métodos para popularizar estas tecnologías a bajo coste (por ejemplo, el «marketing social»).
4. Por lo tanto, GOBI debería de ser puesto en marcha ya de manera prioritaria.³¹

Si se usa el apoyo financiero y gubernamental como indicador determinante, la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil puede verse como un éxito casi inmediato. Los gobiernos protectores de las empresas de ambos hemisferios, que apenas habían apoyado la APS *Integral*, recibieron el GOBI con entusiasmo. USAID y el Banco Mundial prometieron mayor ayuda económica; La Santa Sede (base central de la Iglesia Católica) y el *Rotary International* también se subieron al tren. A mediados de los 80, prácticamente todos los países subdesarrollados habían lanzado una campaña promocionando algunas o todas las intervenciones del GOBI.

No obstante, no todo el mundo ha estado contento con la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. GOBI ha sido criticado por dar alta prioridad a unas pocas intervenciones de salud seleccionadas. Indiscutiblemente, las terapias de inmunización y rehidratación oral son intervenciones eficaces y baratas que pueden ayudar a salvar la vida de muchos niños, aunque algunas veces sólo de forma temporal. Muchos activistas sociales y promotores de salud, sin

embargo, argumentan que el cambio desde una Atención Primaria de Salud Integral a una Selectiva y al GOBI fue para los gobiernos y los profesionales de la salud una forma de evitar profundizar en las causas sociales y políticas de la falta de salud, para conservar así las desigualdades del orden establecido. Como un autor apuntó: «El efecto de esta [especie de] promoción de la APS-S bajo el paraguas de la APS es mantener las intervenciones de salud bajo firme control médico y posponer la necesidad de un cambio social, económico y político a largo plazo.»³²

El UNICEF ha recibido fuertes críticas por su aceptación, aunque haya protestado a veces, de las «políticas de ajuste» impuestas por los gobiernos (véase p. 90) y por haberse resignado a planteamientos muy limitados de atención de salud. George Kent, autor de *The Politics of Children Survival* (Las Políticas de Supervivencia Infantil), señala que:

«Tal resignación no es la única respuesta posible. Incluso adaptándose a las restricciones económicas desarrollando técnicas baratas de intervención en salud, es posible resistir y luchar contra dichas restricciones. En vez de limitarse a preguntar cómo pueden adaptarse los ciudadanos y los empleados de la salud pública, uno puede también preguntarse cómo podrían volverse firmes defensores de su causa, cultivando una base de poder propia y haciendo notar sus exigencias.»³³

Por representar un abandono del potencial más liberador de la APS-I a favor del más limitado y conservador de la APS-S, algunos críticos han llamado a la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil «la revolución que no es».³⁴ Una cosa es cierta: el apoyo del UNICEF a la APS *Selectiva* a través de la Revolución en pro de la Supervivencia infantil representa un gran cambio de estrategia con profundas implicaciones políticas.

El UNICEF se defiende de esta crítica insistiendo en que la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil es compatible con la APS *Integral*, sugiriendo que representa la punta de lanza de la APS. Sin embargo, las medidas en pro de la Supervivencia Infantil han sido a menudo puestas en práctica de la misma forma que la atención médica ofrecida por el doctor de *La Historia de Rakku*, con resultados previsibles: el tratamiento fue aplicado con éxito pero el paciente murió. Puesto que las medidas de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil no combaten adecuadamente las causas sociales fundamentales que contribuyen a la muerte de los niños, son mucho menos «vida-efectivas» de como que serían si se acompañaran de una estrategia más integral. En sus escritos, UNICEF continua señalando las causas sociales de la falta de salud, pero las medidas de salud reales que fomenta las evitan cuidadosamente. Esto situaría al UNICEF en una posición de bajo riesgo político. Pero, ¿qué pasa con los niños?

Creemos que las medidas de salud incluidas en la iniciativa en pro de la Supervivencia Infantil podrían hacer más por salvar vidas. Pero, para que esto ocurra, estas medidas prioritarias de salud necesitan ser puestas en práctica de una forma integral y liberadora. Cuando es controlada por los consumidores, la promoción de la salud puede ser un componente importante, e incluso punta de lanza para el desarrollo y el cambio social. De hecho, este es uno de los principales temas de este libro. Pero el proceso no es tan sencillo como sugiere el UNICEF. Hay tantos planteamientos para las intervenciones de salud como los hay para el desarrollo.

Como con las estrategias de desarrollo, las intervenciones en salud nunca son políticamente neutrales: pueden promover independencia y autosuficiencia o pueden fomentar dependencia y pasividad. Pueden apoyar cualquier forma, justa o injusta, de gobernar. Pueden preparar el camino para un estado social equitativo o pueden sostener uno injusto y despótico. Los planificadores de la salud deben ser prudentes para formular y poner en práctica intervenciones que faciliten un cambio social progresista en vez de dificultarlo. La falta de intención (o de capacidad) del UNICEF para abarcar la dimensión política de las intervenciones sanitarias es, en gran parte, la responsable de los insuficientes y a menudo insostenibles resultados de sus diversas estrategias de supervivencia

infantil.

* En algunos países del Tercer Mundo, los recortes en el gasto en salud y educación han sido incluso más drásticos. Por ejemplo, en 1991, Perú gastó aproximadamente 12 dólares por persona en salud y educación, una cuarta parte de lo que había gastado la década anterior -y la mitad de lo que estaba gastando en pagar sus deudas a bancos occidentales.

La Atención de Salud si las Personas Importaran

Conceptos que Deben Ser Cuestionados

En este capítulo plantaremos brevemente los siguientes temas, con la esperanza de que los lectores los tengan en mente cuando analicemos detenidamente la campaña mundial para el control de la diarrea infantil en la Parte 2 de este libro:

1. [Soluciones tecnológicas a problemas sociales](#): ¿Pueden tener éxito?
2. [Supervivencia frente a calidad de vida](#): ¿Es suficiente la supervivencia?
3. Después de Alma Ata: [¿Qué pasó con la participación de la comunidad?](#)
4. La salud a través del cambio de conductas y la educación de la mujer: [culpando a la víctima](#)
5. Movilización social: [el cambio del UNICEF de desde abajo a desde arriba](#)
6. De la toma de conciencia al lavado de cerebro: [el «marketing social»](#)

1. Soluciones tecnológicas a problemas sociales: ¿pueden tener éxito?

La historia de Rakku del Capítulo 1 es un ejemplo de cómo la tecnología médica no pudo salvar la vida de un niño porque los planificadores y suministradores no tuvieron en cuenta los factores económicos, políticos y sociales que condujeron a la muerte del niño. Las publicaciones sobre políticas de salud y desarrollo están repletas de intentos de solucionar los problemas de los pobres mediante «balas mágicas» tecnológicas. A veces los resultados son positivos, pero otras muchas veces sale el tiro por la culata, dejando a las personas a quienes estaban intentando ayudar en una situación aún peor.

Un buen ejemplo de esto es la introducción de pozos en la Bangladesh rural.³⁵ En aldeas con largas temporadas de sequía y grave escasez de agua el UNICEF proporcionó pozos con la esperanza de que el mayor suministro de agua ayudase a las familias pobres a obtener más comida y a mejorar su higiene y su salud. Pero, una vez tras otra, los grandes terratenientes se ofrecieron para instalar los pozos en sus tierras y, de esta forma, tomaron el control de la distribución del agua. Impusieron precios prohibitivos y negaron el agua a quienes no podían permitirse pagar o se resistían a tal explotación. El resultado neto de la nueva tecnología fue el aumento de la riqueza y el poder de los terratenientes ricos, mientras hacía a los pobres más pobres, dependientes y explotados.

Sólo cuando el *Gonoshasthaya Kendra* (el Centro de Salud del Pueblo) empezó a organizar grupos de campesinos pobres para analizar su situación e instalar y mantener sus propios pozos (aún donados por UNICEF), empezaron los pozos a satisfacer de manera eficaz las necesidades de agua de familias pobres. Al mismo tiempo, el pueblo ganó confianza en su capacidad para trabajar colectivamente por el cambio.

La lección de esta experiencia -y de muchas otras como ésta- es evidente: cualquier tecnología, por muy apropiada que parezca, puede ser usada tanto a favor como en contra de los necesitados, dependiendo de quién la controle y cómo sea empleada. Más aún, cuando las soluciones tecnológicas son usadas para resolver problemas sin tener en cuenta su contexto social, pueden ser contraproducentes.

2. Supervivencia frente a calidad de vida: ¿es suficiente la supervivencia?

Millones de niños como el bebé de Rakku mueren todos los años. Pero ¿qué pasa con el número mucho mayor de niños en circunstancias parecidas que, de alguna manera, consiguen sobrevivir? Ellos figuran en las estadísticas de salud como éxitos, pero, ¿a qué precio?

Si volvemos a la historia del bebé de Rakku, recordaremos que la mayoría de los niños con riesgo alto de morir por diarrea están desnutridos y viven en unas condiciones muy difíciles o incluso catastróficas. Así, los esfuerzos que se centran en salvar vidas infantiles sin combatir adecuadamente las causas de su pobreza y desnutrición pueden conseguir descensos en la mortalidad, pero pueden también aumentar el número y la proporción de niños desnutridos, enfermizos y con retraso en el desarrollo. Hay evidencias de esto en varias regiones del Tercer Mundo, por ejemplo Filipinas, Chile y el estado de São Paulo en Brasil.³⁶

Este enfoque es inaceptable por dos razones. En primer lugar, los altos niveles de hambre y enfermedad significan que la calidad de vida de los niños es deplorable; en segundo, cuando los niños están hambrientos y enfermos, o los niveles de vida se deterioran, es poco probable que el progreso en el descenso de la mortalidad pueda ser sostenido. En algunos países donde las intervenciones en pro de la supervivencia infantil han conseguido bajar las tasas de mortalidad infantil, la recesión económica y las medidas de ajuste estructural ya han frenado o incluso dado la vuelta a estos logros.³⁷

Casi nadie afirmaría que no deben salvarse vidas infantiles allí donde sea posible. *Pero sobrevivir no es suficiente.* Como señala George Kent:

«Las mejoras de las tasas de supervivencia infantil no valen de mucho si los niños llegan a su quinto cumpleaños pero están condenados a vidas de miseria [...] Los programas exitosos de supervivencia infantil mejoran la tasa de supervivencia no como un fenómeno aislado, sino como parte de una mejora general de la calidad de vida [...] La supervivencia de los niños es una parte integrante del desarrollo y no debería ser separada de él.»³⁸

3. Después de Alma Ata: ¿qué pasó con la participación de la comunidad?

La Declaración de Alma Ata insiste en la importancia de una *fuerte participación y autodeterminación de la comunidad*; los firmantes de la Declaración reconocieron que todas las iniciativas sobre salud debían poseer esos rasgos para tener éxito. Hay tres principales razones para esto:

Primero, la buena salud no es un producto que pueda ser repartido en unos cuantos paquetes. Resulta de un proceso del que las propias personas necesitan formar parte. De hecho, tanto para los individuos, familias o comunidades como para las naciones, la participación directa en las decisiones que influyen en su bienestar es parte de lo que significa estar sano. Salud y autodeterminación están entrelazadas de manera inseparable.

La segunda razón es pragmática. Nunca podrá haber suficientes médicos, enfermeros o incluso trabajadores de la salud formados profesionalmente para cubrir las necesidades sanitarias de todos. Por lo tanto, para que las mejoras en la salud sean sostenibles, la propia comunidad necesita implicarse en el mantenimiento de su salud.

En tercer lugar, la salud está determinada en gran parte por los niveles de igualdad y justicia social. Una salud mejor depende de progresos en las condiciones de vida, la nutrición y otras necesidades básicas. Para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, la Declaración pide que los

trabajadores sanitarios y los ministerios de salud asuman su responsabilidad con el pueblo, y garantías sociales para asegurar que sean cubiertas las necesidades básicas -incluyendo las necesidades alimentarias- de todas las personas. Reconociendo que un cambio social progresista sólo llega a través de una demanda organizada, solicita una participación popular fuerte.

Aunque la Declaración de Alma Ata hace hincapié en la importancia de una *fuerte participación y autodeterminación de la comunidad* para poner en práctica con éxito la Atención Primaria de Salud, estos elementos esenciales han sido eliminados e ignorados muy menudo. El éxito relativo de los programas y políticas que han mantenido este planteamiento orientado a la comunidad, y los fracasos de los programas y políticas que no lo han hecho, no hacen más que recalcar su importancia en la consecución de «salud para todos».

4. La Salud a través del cambio de conductas y la educación de la Mujer: culpando a la víctima.

La falta de salud y las elevadas tasas de mortalidad de los niños pobres exigen cambios importantes. Pero, ¿cambiar qué? El debate sobre este tema se centra en si lo que se necesita es un cambio social o de comportamiento. Esto, a su vez, depende de si la situación es vista desde la perspectiva de los que están arriba o la de los que están abajo. Usaremos otra vez la historia de Rakku para ilustrar estas perspectivas.

Una perspectiva desde arriba tiende a culpar de la situación al comportamiento de los pobres. Así, en el caso de Rakku, al entrar en su choza los trabajadores de salud notarían las condiciones insalubres del suelo, el agua, etc. Echarían la culpa de la «conducta insalubre» de Rakku (que causaría la muerte de su hijo) a su falta de educación. Entonces tratarían de enseñarle a cambiar esto, por ejemplo, instruyéndola en unas pocas medidas de salud prioritarias que la «liberarían» para poder cuidar a su bebe. Pueden enseñarle a dar el pecho, dónde comprar paquetes de SRO y cuándo llevar a su niño a vacunar. O pueden animarla a llevar a sus hijos, especialmente a sus hijas, a la escuela, así las generaciones futuras podrían tomar decisiones sobre la salud con mayor información. Si, a pesar de estas instrucciones y ayudas, el comportamiento de la madre y sus condiciones de vida permanecieran inalterados, la culparían por no esforzarse lo suficiente, o quizá por su ignorancia. Este enfoque paternalista responsabiliza a la víctima, estudiando raras veces la responsabilidad de los grandes protagonistas de la película -los grandes terratenientes, políticos o agencias de desarrollo.

En contraste, un análisis con una perspectiva desde abajo parte de una premisa diferente y llega a otra conclusión. Reconoce que los pobres tienen más experiencia en hacer frente a las circunstancias que amenazan su vida que la mayoría de los expertos en salud, y por eso muchas veces saben mejor lo que necesitan para sobrevivir. Desde este punto de vista, las condiciones de vida insanas no resultan de la ignorancia, sino de la impotencia. Para combatir esta situación, la promoción de la salud debería dirigirse a equipar a los pobres con las habilidades y confianza que necesitan para cambiar el sistema que les oprime -esto es, trabajar para eliminar las causas sociales subyacentes de la falta de salud y la pobreza.

Un ejemplo del primer enfoque, una perspectiva desde arriba, puede verse observando la nueva «Estrategia de Comunicación» en pro de la Supervivencia Infantil y las subsiguientes iniciativas para una «Maternidad Segura». Estas iniciativas se dedican a bombardear a la «población diana» con mensajes de salud elementales. La publicación del UNICEF *Para la Vida* empieza así:

«**Un reto de comunicación.** La salud infantil mejoraría considerablemente en el mundo en desarrollo si todas las familias conocieran la información básica de salud actual. Esta información ha sido compendiada en *Para la Vida* [...] *Para la Vida* es un reto a todo tipo de *comunicadores*: políticos, educadores, líderes religiosos, profesionales de la salud, dirigentes empresariales, sindicatos, organizaciones de voluntarios y medios de comunicación de masas. Esta publicación está destinada a todos aquellos que pueden

ayudar a que dicha información pertenezca al patrimonio de conocimientos básicos de salud de todas las familias.»³⁹

A primera vista todo esto suena bastante apetecible. Pero una lectura más profunda revela algunas suposiciones preocupantes:

1. Se culpa de la mala salud de los niños a la *falta de conocimiento* de los padres (en especial de las madres).
2. Por tanto, el conocimiento que más necesitan los padres es sobre *intervenciones técnicas y conducta en casa*. Nada se dice de la necesidad de los pobres de *conocimientos sobre sus derechos, organización popular y estrategias para el cambio social*.
3. El papel que deben tomar las personas en posiciones de poder (políticos, líderes religiosos, etc.) es *ayudar de manera benevolente a remediar la ignorancia de los pobres*. En lugar de dejar claro que los poderosos son una parte importante del problema, *Para la Vida* los presenta como parte de la solución; en vez de reclamarles que compartan su poder y su riqueza, les invita a ayudar a sacar a sus conciudadanos menos afortunados de su ignorancia y de la miseria que ellos mismos han creado. Esto tiene el efecto de legitimar la posición dominante de las elites sociales. Evita cualquier exigencia moral de que cedan algunos de sus privilegios (y su supuesta superioridad) como paso hacia una sociedad más justa y saludable.

El énfasis del UNICEF en la educación femenina es otro ejemplo de mensaje con el potencial de culpar a la víctima. (Recordemos que la educación femenina es una de las tres «F» de la versión extendida de GOBI) Numerosos estudios han apoyado la afirmación de que la educación de la mujer es uno de los factores más íntimamente relacionados con la reducción de la mortalidad infantil.

Esto es válido dentro de unos límites. Como Kent afirma:

«La educación materna está clara y fuertemente asociada con la mortalidad infantil, por cuanto la probabilidad que tiene un niño de morir está inversamente relacionada con los años de escolarización de su madre. La educación materna es uno de los factores socioeconómicos más fuertes asociados con la supervivencia infantil.»⁴⁰

Pero, ¿por qué? Ciertamente, saber leer permite a las mujeres acceder a la información escrita. Pero bien puede ser que las beneficie aún más por prepararlas para defender sus derechos. La educación - especialmente la que se centra en el que aprende y plantea los problemas- pueden ser un importante escalón hacia la liberación y el cambio.

Sin embargo, recalcar la educación femenina como solución a la mortalidad infantil refuerza la idea de que la ignorancia de las mujeres es su principal causa, culpando así a la víctima. Un planteamiento más positivo podría ser hacer hincapié en la liberación de las mujeres más que en la educación femenina. De esta manera el dedo acusador se movería desde la ignorancia (culpar a la víctima) a la desigualdad de poder (los poderosos son responsables). Aclararía que la información técnica no es suficiente: que lo que hace falta es dar a mujeres, niños y otros grupos desfavorecidos una posición más fuerte y justa en la sociedad. Como Kent explica: «puede que la cuestión fundamental sea la autonomía de la mujer antes que la educación.»⁴¹

5. Movilización social: el cambio del UNICEF de desde abajo a desde arriba

Movilización ya no significa lo mismo que antes. Hubo un tiempo en el que era un término con

connotaciones políticas usado por los activistas sociales para las acciones de la lucha popular: un procedimiento de las bases para lograr el poder para el pueblo. Pero los estrategas de alto nivel de la salud y el desarrollo se han apropiado de este y otros términos como *basado en la comunidad*, *participación* y *liberación*, despojándolos de su contenido político progresista.

Hoy la movilización social no busca activar a los pobres, sino incorporar a los poderosos. Tal y como se usa ahora el término en la promoción de iniciativas para la Supervivencia Infantil, significa cortejar y reclutar a los que tienen poder de decisión, líderes de opinión, agencias financieras, escuelas de salud pública, etc. Solicita a estrellas de cine, héroes del deporte, políticos y otros ídolos populares que promocionen los productos en pro de la Supervivencia Infantil con la mismas artimañas publicitarias seductoras usadas para vender cigarrillos. George Kent describe la diferencia entre el concepto actual de movilización y el de liberación:

Mientras que *movilización* suele referirse a reclutar gente para actuar según los objetivos de otra persona, *liberación* significa incrementar la capacidad de las personas para perseguir sus propios objetivos (itálicas según el original).⁴²

El aspecto más preocupante de este significado de movilización es que refleja un cambio en la solidaridad por parte de las agencias como el UNICEF desde los de abajo hacia los de arriba. En los años 60 y 70 UNICEF adoptó algunas posturas importantes en defensa de los desfavorecidos; incluso llegó a pedir cambios en las estructuras injustas. En varias ocasiones, las posturas que tomó UNICEF enfurecieron al gobierno de EE.UU., que respondió amenazando con dejar de financiar la agencia. Ante el clima conservador de los años 80, el UNICEF se volvió más cauteloso. En 1983 introdujo una nueva estrategia descafeinada para la protección de la infancia. Esta estrategia cambió *participación* por *sumisión* -en la práctica, si no en la retórica-. Interpretó *equidad* como nada más que *cobertura universal de servicios de salud*. Y transformó la *movilización social* en la técnica manipuladora llamada *marketing social*.

En 1986, David Werner le preguntó a uno de los autores de los informes de UNICEF *Estado Mundial de la Infancia* por qué el UNICEF no tomaba una postura más enérgica y pedía una acción de los gobiernos miembros para acabar con la deuda asfixiante, los devastadores mandatos de ajuste, las injustas políticas comerciales y otras causas fundamentales de la pobreza y la falta salud en los años 80. Él contestó: «Las metas del UNICEF son las mismas que las tuyas. Simplemente somos más realistas que tú. Reconocemos nuestras limitaciones y trabajamos dentro de ellas.»

6. De la concienciación al lavado de cerebro: el «marketing social»

En un artículo de 1984 llamado «Comercializando la Supervivencia Infantil», el anterior Director Ejecutivo del UNICEF, James Grant, se quejaba de que «en un mundo donde la tecnología de la información ha llegado a ser la nueva maravilla de nuestra era, es vergonzoso lo poco que se sabe sobre cómo comunicar la información más valiosa para los pobres».⁴³ En respuesta a esta llamada, el sector comercial ayudó a adaptar técnicas publicitarias para crear la nueva técnica de promoción de la salud llamada «*marketing social*». Glenn Wasek, Director del Grupo de Servicios de Mercadotecnia de John Snow Inc. (una consultoría privada sobre salud pública), en un libro llamado *Child Health and Survival* (Salud y Supervivencia Infantil), describe el *marketing social* como «una especialidad dentro de la disciplina de la mercadotecnia, [que] incorpora un planteamiento completo para planificar, ejecutar y avanzar ideas, conceptos, comportamientos, servicios o productos para alcanzar los objetivos de los programas internacionales de salud pública.» A continuación presenta «las poderosas herramientas, las técnicas y el planteamiento general del *marketing social*.»

Este enfoque contrastaba enormemente con el planteamiento liberador desde abajo tan usado en las décadas anteriores. La metodología de la educación informal basada en el alumno utilizada para la salud y la acción comunitaria en los años 60 y 70 -muy influenciada por Paulo Freire, el controvertido educador brasileño- promovía la «toma de conciencia» (o «concienciación»), junto al

«análisis estructural» (análisis de las causas sociales de los problemas del pueblo). Estas palabras se convirtieron en el lema de los movimientos por la salud y el desarrollo basados en la comunidad. (Para un examen más amplio de la metodología educativa de Paulo Freire, véase p. 142.)



En los años 80, de cualquier modo, el *marketing* social se convirtió rápidamente en la norma. Esta técnica se asemeja a la concepción «bancaria» de la educación descrita por Freire. Implica ganar los corazones y las mentes de la gente para convencerles de que acepten un paquete prediseñado de cuidados de salud. Se hacen estudios preliminares, con entrevistas a la futura población diana, para determinar qué estrategia de venta y presentación del producto será más atractiva. Luego se lanza una campaña masiva de anuncios en los medios de comunicación: radio, televisión y megafonía local. Se reclutan a estrellas de cine, cantantes famosos y otras figuras públicas (incluyendo, en el caso de la campaña en pro de la Supervivencia Infantil, al Papa y al Presidente de los Estados Unidos) para alentar el entusiasmo de las masas. A diferencia de la concepción de Freire, abierta y que plantea los problemas, promovida en los años 60 y 70, el *marketing* social no le da al pueblo la oportunidad de tomar sus propias decisiones y realizar acciones autónomas. Muchas veces se acerca más a un lavado de cerebro que a la toma de conciencia.

CONCLUSIÓN A LA PARTE 1

Los Programas de Ajuste Estructural, la privatización de los servicios de salud y el nuevo protagonismo del Banco Mundial en la orientación de las políticas de salud han conducido al fracaso de la Atención Primaria. En la tercera parte de este libro examinaremos con mayor detalle cómo las políticas económicas instauradas por las instituciones financieras internacionales y las estructuras de poder han aumentado aún más las diferencias entre ricos y pobres, frenando e incluso provocando el retroceso de los avances logrados en la supervivencia y la calidad de vida de los niños. Veremos cómo estas políticas violan, no sólo las directrices y el espíritu de la Declaración de Alma Ata, sino la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la más reciente Convención sobre los Derechos del Niño.

Uno de los más claros ejemplos de cómo las políticas económicas globales han influido negativamente en el potencial de la promoción de la Salud lo tenemos en el campo del control de las enfermedades diarreicas. A pesar de un esfuerzo mundial centrado en la prevención y el tratamiento de la diarrea, éstas siguen siendo una de las causas principales de mortalidad infantil. ¿Cómo puede ser que -a pesar de esfuerzos combinados de la OMS, el UNICEF y los líderes mundiales de la Salud Pública- la diarrea común continúe matando a millones de niños cada año? Esto es lo que veremos en la Parte 2.

INTRODUCCIÓN A LA PARTE 2

Cuando se estudia dentro de su contexto histórico, la historia de la terapia de rehidratación oral se presta a la discusión de muchos de los temas que confunden a los historiadores de la Medicina: los conflictos entre tecnología «alta» y «baja», entre ciencia clínica y hallazgos de laboratorio, y entre salud pública e investigación médica. Además, demuestra cómo los prejuicios de la clase médica y su pasión por los avances tecnológicos pueden dejar de lado descubrimientos que salvan vidas.¹

Joshua Nalibow Ruxin, Instituto Wellcome de Historia de la Medicina, 1994

En la primera parte de este libro hemos estudiado la historia de los servicios de salud en el Tercer Mundo y el auge y caída de la Atención Primaria de Salud. Vimos cómo las políticas de salud y desarrollo se han visto influidas por factores sociales y políticos, la mayoría de las veces beneficiando a los poderosos a costa de los más débiles. Apuntamos también cómo los intentos de lograr Salud para Todos a través de tecnologías en forma de «bala mágica» han tenido escaso éxito al incidir poco sobre las desigualdades que perpetúan la pobreza y la falta de salud.

En la Parte 2 examinamos una de las tecnologías clave en la campaña mundial en pro de la Supervivencia Infantil: la Terapia de Rehidratación Oral (TRO). Analizamos por qué esta técnica salvavidas, aunque haya contribuido a salvar innumerables vidas, no ha respondido a las expectativas creadas. De los muchos factores contribuyentes, sobresalen principalmente dos: la promoción mundial de la TRO como producto industrial en lugar de como solución casera y la comercialización de la TRO, haciendo que las familias gasten sus limitados recursos destinados a comida en un remedio que ellos mismos podrían preparar de una forma más rápida, barata y posiblemente más eficaz en sus casas.

La Parte 2 incluye 5 capítulos. El capítulo 6 expone los hechos históricos que condujeron hasta la TRO y hace ver cómo la clase médica es siempre reacia a los cambios. El capítulo 7 explora la ciencia y la política que hay tras las decisiones de promocionar sobres comerciales, soluciones de TRO caseras o el concepto menos claro de «líquidos caseros». El capítulo 8 trata sobre los obstáculos y controversias acerca de la TRO (incluyendo el incorregible abuso de medicinas). El capítulo 9 subraya la importancia de la alimentación como una parte de la TRO y de la lactancia materna como factor preventivo de la muerte por diarrea. Y el capítulo 10 recalca las ventajas de los líquidos de rehidratación hechos con cereales sobre los hechos con azúcares.

En el análisis final se concluye que, aunque la TRO es un buen parche, por sí sola nunca reducirá la mortalidad infantil por diarrea hasta niveles aceptables. Esto sólo podrá producirse asegurando que todos los niños tengan cubiertas sus necesidades básicas y, sobre todo, que tengan suficiente comida.

La Diarrea: Uno de los Grandes Asesinos de Niños

La única «vacuna» contra la diarrea es que encontremos una salida a la pobreza y al subdesarrollo.²

Dr. Fernando Silva, Nicaragua

- [Introducción](#)
- [Evolución del tratamiento de la diarrea: vino viejo en botellas nuevas](#) 36
- [El descubrimiento de la TRO](#)
- [TRO: la bala mágica para la supervivencia infantil](#)
- [«Descansar la tripa»: una práctica dañina introducida principalmente por médicos occidentales](#)
- [¿Reduce la TRO la mortalidad infantil?](#)

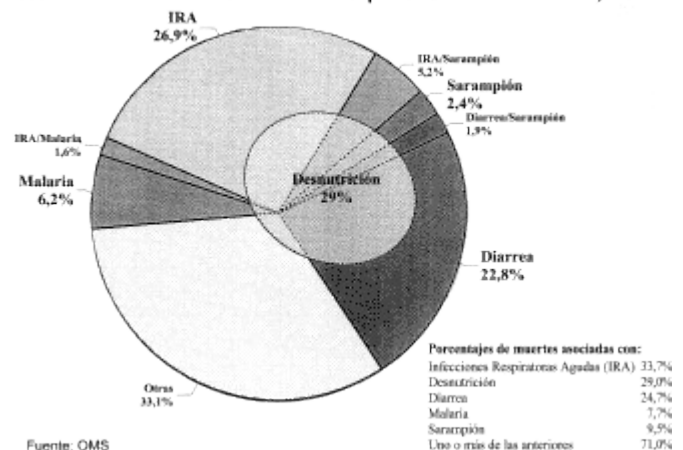
Introducción

La diarrea, o lo que los médicos llaman *gastroenteritis*, es una de las principales causas de muertes infantiles en el mundo -superada sólo por las infecciones respiratorias agudas (IRA)-. Una de cada cuatro muertes infantiles se debe a la diarrea,³ que se lleva la vida de al menos 3 millones de niños y bebés cada año.⁴ De estas muertes, el 99,6% tienen lugar en el Tercer Mundo,⁵ en donde uno de cada diez niños muere por diarrea antes de cumplir cinco años.⁶

En los países y comunidades pobres la mayoría de las diarreas -heces aguadas o diarreas acuosas- son causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias o, con menor frecuencia, parásitos intestinales). Esto es especialmente común y peligroso en los niños pequeños, porque sus cuerpos sin desarrollar suelen carecer de defensas para combatir eficazmente estas infecciones. Los bebés desnutridos o alimentados con biberón (o los que no reciben exclusivamente leche de pecho) tienen mayor riesgo de morir por diarrea.

La mayoría de los niños que mueren por diarrea lo hacen porque sale demasiado líquido de sus cuerpos, un proceso llamado *deshidratación*. Un niño que pierda grandes cantidades de líquido por las frecuentes deposiciones acuosas puede deshidratarse muy rápidamente; cuanto más pequeño y más delgado sea el niño más rápidamente se deshidratará y morirá. Un bebé con diarrea

Distribución de 12,2 millones de muertes entre niños menores de 5 años en todos los países en desarrollo, 1993



grave puede perder su vida en unas horas.

Durante las últimas décadas se ha hecho un gran esfuerzo internacional para reducir las altas tasas de mortalidad por diarrea entre los niños del Tercer Mundo. El *Control de la Enfermedad Diarreica* se ha convertido en una prioridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es una pieza clave de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil del UNICEF. La estrategia principal para reducir la mortalidad infantil por diarrea ha sido -y sigue siendo- la Terapia de Rehidratación Oral (TRO). Pero, como veremos, la definición de TRO y los métodos para aplicarla siguen generando un intenso debate.

Se sabe desde hace mucho que la reposición de líquidos -o *rehidratación*- puede prevenir o corregir la deshidratación en un niño con diarrea acuosa, y puede a menudo salvarle la vida. Aunque este viejo consejo tiene al menos dos mil años de antigüedad, la medicina occidental ha sacado a la luz en el último siglo los principios *científicos* de la deshidratación y la rehidratación. Sin embargo, estos conocimientos no han logrado un tratamiento completamente eficaz, como se evidencia con los 12.500 niños que continúan muriendo de diarrea cada día.



La historia de la medicina está repleta de ejemplos de la resistencia de los médicos a los cambios y su reticencia a admitir errores. En el tratamiento de la diarrea, como en el de otras enfermedades, la terca exigencia de pruebas científicas ha sido a menudo un pretexto para rechazar planteamientos más beneficiosos para el enfermo y menos para el médico. La terapia de reposición de líquidos, en particular, se ha caracterizado por este tipo de obstáculos, ya que la resistencia de los profesionales ha retrasado repetidamente la transición hacia terapias más seguras y eficaces.

El tratamiento de la diarrea ha ido variando enormemente desde principios del siglo XX. Los primeros métodos, basados en el uso de calomelanos (cloruro mercurioso), purgantes y sangrías perdieron popularidad cuando la utilización de goteros intravenosos (IV) se convirtió en el método



más aceptado. El siguiente cambio fue de los goteros a las sales de rehidratación oral (SRO) de similar composición en los años 60 y 70. Consideradas innecesariamente medicalizadas y caras, el paso siguiente fue hacia unas soluciones caseras más sencillas y accesibles. Actualmente, y aún luchando por su aceptación, se está pasando de las bebidas basadas en el azúcar a las bebidas y atoles caseros de cereales, más seguros. El cambio de una fórmula estandarizada a la promoción de «más líquidos y alimentos» ha estado cargado de dificultades, y es lo que vamos a estudiar ahora.

Evolución del tratamiento de la diarrea: vino viejo en botellas nuevas

Como remedio casero para la diarrea, «reponer los líquidos perdidos» ha sido durante siglos una parte habitual de la curación tradicional en muchas culturas. Una de las primeras referencias -que prescribe «cantidades profusas» de agua con melaza (miel de caña) y sal- puede encontrarse en un documento del médico ayurvédico indio Sushruta en torno al año 1500 a.C. Desde entonces se han usado en muchas partes del mundo bebidas especiales, infusiones de hierbas, sopas y caldos como parte del tratamiento tradicional de la diarrea.

[Las víctimas de la diarrea deben] recibir una cantidad profusa de agua tibia en la que se haya disuelto sal sin refinar y melaza; o agua limpia mezclada con harina de arroz.

-*Sushruta Samhita III*, versículo II, 1500 a.C.

El descubrimiento de que el transporte de sodio y el de glucosa van unidos en el intestino delgado de manera que la glucosa acelera la absorción de agua y solutos fue posiblemente el avance médico más importante de este siglo.

-*The Lancet*, 1978 d.C.

También se pueden encontrar referencias a este tipo de terapia casera en la tradición occidental. En 1793, Benjamín Franklin publicó una edición del libro de William Park *Every Man His Own Doctor: Or the Poor Planter's Physician* (Cada Hombre es su Propio Médico: O el Médico de los Colonos Pobres). El libro recomienda que una persona con «Purgación [diarrea] [...] prepare inmediatamente dos Galones de Caldo ligero [de pollo hervido] y lo beba todo en el Espacio de dos Horas.» También advierte de que «[...] Algo saldrá por arriba, Algo se irá por abajo, y limpiará Tu Estómago de tal Manera que Te hará bien antes de lo que esperas.»

En el siglo XIX la medicina occidental introdujo un nuevo planteamiento para reponer los líquidos perdidos: la terapia intravenosa (IV). Uno de los primeros usos registrados de la reposición directa en la sangre fue hacia 1830 en Moscú, cuando, durante una pandemia de cólera, científicos del *Instituto para las Aguas Artificiales* trataron a las víctimas deshidratadas del cólera con terapia intravenosa.⁷

Sin embargo, no fue hasta 1908 en Calcuta (India) cuando un médico británico, Sir Leonard Rogers, demostró que la tasa de mortalidad por cólera se reducía a la mitad usando una solución salina (con sal) IV. A pesar de los problemas iniciales causados por la solución -como los niveles tóxicos de sal y la acidez de la sangre- durante las décadas siguientes los científicos jugaron con las cantidades de sal de estas soluciones IV para aumentar su eficacia a la hora de bajar las tasas de mortalidad por cólera. Sin embargo, no fue hasta la década de 1940 -tras la inclusión de potasio en estas soluciones, lo cual provocó una enorme reducción de las tasas hospitalarias de mortalidad- cuando la reposición IV de líquidos se convirtió en el tratamiento habitual de la diarrea y la deshidratación severas.⁸

Hoy día, el tratamiento IV es aún una terapia estándar, pese a las serias limitaciones de su uso. Hay estudios que han demostrado claramente que la rehidratación oral, junto a una alimentación precoz, es al menos tan eficaz y a menudo más segura que los sueros IV en el tratamiento de la deshidratación leve y moderada.⁹ En la década de los 60 todavía había dificultades para mantener la esterilidad de los tubos de goma y, si se hervían, a menudo acumulaban endotoxinas pirógenas que causaban espasmos y fiebre alta.¹⁰ Además, existe el peligro de dar demasiado suero IV. Por ejemplo, tras el brote de cólera de Zimbabue de 1993, en Nyangombe una de cada tres muertes de niños pequeños era producida por sobrehidratación (por administración de demasiada solución IV).¹¹ Ninguno de estos problemas aparece con la rehidratación oral.

Pero la mayor desventaja de la terapia IV es logística. El alto coste y el nivel de capacitación necesario para administrarla la hace inaccesible para la mayoría de los 1000 millones de casos de diarrea que se dan cada año entre los niños.

Sin embargo, en la década de los 70 los profesionales de la medicina occidental continuaron proclamando a la terapia IV como la mejor manera de prevenir la muerte por diarrea. La terapia de rehidratación oral fue por fin «descubierta» por los profesionales de la salud a finales de los 70. Aunque la rehidratación oral representó en realidad un redescubrimiento de prácticas tradicionales muy antiguas, la introducción de este concepto en la medicina moderna tuvo consecuencias revolucionarias. En pocos años la TRO fue proclamada internacionalmente como la «solución sencilla» para la alta tasa de mortalidad infantil por diarrea y, como vimos en el Capítulo 4, fue pronto promocionada como uno de los «dos motores» de la revolución en pro de la Supervivencia

Infantil del UNICEF.

El descubrimiento de la TRO

TRO, simplificando, significa asegurarse de que una persona beba suficientes líquidos, y coma suficientes alimentos, para reponer el agua, las sales y los nutrientes que se pierden por la diarrea. Los primeros informes científicos sobre el uso de soluciones de azúcar y sal para tratar el cólera fueron publicados a principios de la década de los 50, y se siguieron de una serie de hechos que facilitaron un gradual aumento de su uso. Los investigadores de las instituciones académicas occidentales comenzaron a entender los mecanismos celulares de la absorción de agua y sal en el intestino. Quizá el descubrimiento más importante fue que el azúcar simple (monosacárido) glucosa es un ingrediente fundamental en el transporte de agua y sal a través de las células del intestino hacia el torrente sanguíneo. La adición de glucosa (u otro azúcar más complejo o almidón que se pueda descomponer en glucosa) a la TRO puede acelerar mucho el proceso de rehidratación. El doctor Nobert Hirschhorn, que contribuyó a este hito de la investigación sobre la TRO, comentó sobre este fenómeno:

«Aún cuando las bacterias [productoras de diarrea] pueden bloquear la absorción de cloruro sódico, la glucosa continúa estimulando la absorción de sodio. El agua y las otras sales la siguen [...] a una velocidad entre 3 y 10 veces mayor que en la absorción habitual de sal sin glucosa.»¹²

De esta forma, añadiendo glucosa (o un azúcar o almidón más complejos que las enzimas del intestino descompongan en glucosa) a la solución se puede acelerar la rehidratación.

Esta investigación fue seguida en los años 60 de trabajos clínicos aplicando estos descubrimientos para salvar vidas. Una parte importante se realizó en los Laboratorios para la Investigación del Cólera de Dhaka (Dacca) de Bangladesh, en los Centros Internacionales para la Investigación y Formación Médica de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore (Maryland, EE.UU.) y en el Instituto *All India* de Medicina Tropical e Higiene de Calcuta (India).¹³

Además, hacia 1955 los «médicos descalzos» de toda China ya trataban la diarrea con una bebida para TRO de azúcar y sal o con infusiones de hierbas a las que las madres añadían azúcar.¹⁴ Según Carl Taylor, Profesor Emérito de Salud Internacional en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y posteriormente consejero del UNICEF, el uso eficaz de un método casero de rehidratación oral sigue presente hoy día en la China rural.¹⁵

A pesar de estos informes, no fue hasta la gran epidemia de cólera que golpeó el este de Pakistán (ahora parte de Bangladesh) en 1962 cuando la TRO consiguió un mayor reconocimiento de su potencial. El uso limitado de la terapia IV sólo para una parte de las víctimas de la epidemia llevó a los desesperados médicos de un hospital a comenzar a administrar las mismas soluciones del gotero por boca. De esta manera fueron capaces de rehidratar a un número mucho mayor de personas, con resultados espectaculares. Registraron una tasa de mortalidad cercana a cero, en comparación con el 27% y el 47% de otros hospitales.¹⁶

A finales de los años 60 se llevaron a cabo estudios fisiológicos sobre cómo actúa la rehidratación oral, lo cual llevó a la OMS a autorizar oficialmente esta terapia en 1969.¹⁷ Poco después, en 1971, la guerra por la independencia de Bangladesh llevó a gran cantidad de refugiados desde el este de Pakistán hacia la India. La diarrea era galopante, con una tasa de mortalidad del 30%. En su desesperación, los médicos de socorro estadounidenses comenzaron a empaquetar sal de mesa, bicarbonato sódico y azúcar en bolsas de plástico para disolver en agua en los campamentos de refugiados. El resultado fue que la tasa de muerte por diarrea descendió a menos de un 3%, y en algunos campamentos llegó a ser del 1%.¹⁸ Así, por fin la rehidratación oral se estableció por sí misma como la terapia de elección para el cólera y la diarrea aguda. Esas bolsas de plástico

empaquetadas a mano que se usaron en los campos de refugiados fueron las precursoras de los sobres de SRO que se usan ahora en todo el mundo.

En 1978, la revista médica británica *The Lancet* dio la aprobación final a la TRO al declarar que era «posiblemente el avance médico más importante de este siglo».¹⁹ Pero el gran «adelanto» proclamado por el *Lancet* no fue el descubrimiento de la TRO, que ya había tenido lugar mucho tiempo antes. El gran avance fue el hecho de haber roto parcialmente la resistencia de los profesionales a usar una alternativa más sencilla y más práctica.

Pese a décadas de evidencia clara, fueron necesarios casi 30 años para probar la eficacia de la rehidratación oral a la clase médica. Finalmente, con el creciente apoyo de la comunidad internacional de la salud pública, a principios de los años 80 se promocionó la TRO a gran escala.²⁰ Sin embargo, el estamento médico occidental (que es el que suele marcar las tendencias) ha tardado en aceptar del todo el concepto de TRO. Por ejemplo, un artículo reciente de una revista médica estadounidense recomienda de manera imprudente no dar TRO a los niños menores de tres meses y reintroducir la alimentación *poco a poco* a los niños pequeños.²¹ Pero el principal problema es que los médicos estadounidenses prescriben soluciones azucaradas ligeras con poco o nada de sal (sodio).²² Sus conocimientos sobre el tratamiento de la diarrea necesitan ser puestos al día.

TRO: la bala mágica para la supervivencia infantil

Una vez que la resistencia de los médicos pudo ser al menos parcialmente superada, la rehidratación oral fue enormemente aceptada por los diseñadores de políticas de salud como el pilar del tratamiento de la diarrea. Con la gran promoción internacional y el apoyo económico, a finales de los 80 ya se habían lanzado programas nacionales de TRO en 90 países.²³ El Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica de la OMS tomó el liderazgo en la coordinación del esfuerzo mundial para la TRO, con UNICEF y USAID representando papeles clave.²⁴

De pronto, el potencial de la TRO parecía ilimitado. El UNICEF, en su informe *Estado Mundial de la Infancia* de 1986, decía que la TRO era «un método increíblemente barato, sencillo, seguro y eficaz con el que los mismos padres, aún siendo pobres, pueden proteger las vidas y el crecimiento de sus hijos de una de las causas más comunes de desnutrición y muerte infantil en el mundo moderno.»²⁵ La USAID estimó que la TRO podría salvar las vidas de 4 millones de niños que mueren cada año de deshidratación por diarrea.²⁶ Aún con la potente y costosa promoción, no está claro hasta que punto la TRO hecho realidad su tan pregonado potencial.

Los defensores de la TRO proclaman su eficacia a la hora de reducir la mortalidad infantil causada por la diarrea. En la Tercera Conferencia Internacional sobre TRO de 1988, los representantes del UNICEF y la USAID se centraron en el éxito de la TRO; estimaban que si estaba salvando 2 millones de vidas infantiles al año, entonces estaría reduciendo la mortalidad infantil anual de 5 a 3 millones. Recientemente estas estimaciones han sido más conservadoras: desde 1993 UNICEF ha informado de que la TRO está salvando «alrededor de 1 millón de vidas cada año,²⁷ haciendo retroceder las enfermedades diarreicas al segundo lugar [tras la neumonía] entre las principales causas de mortalidad infantil».²⁸

No hay duda de que la TRO ha contribuido sustancialmente a la reducción de las muertes infantiles por deshidratación. Sin embargo, se está haciendo cada vez más claro que, pese a su significativo impacto, no ha alcanzado el potencial que se le había atribuido.²⁹ La aplicación de la TRO ha fallado en dos aspectos: su tasa de uso y su impacto en la mortalidad infantil.



Tasa de acceso y tasa de uso de la TRO

Para tratar de medir los progresos de los programas que promocionan la TRO se han utilizado distintos indicadores: «tasa de acceso», «tasa de uso» y estimaciones de «uso eficaz». Desgraciadamente, las definiciones de estos indicadores son poco claras y -además de las dificultades para conseguir datos reales o al menos estimaciones fiables- permiten interpretaciones muy variadas.

Tasa de acceso. La tasa de acceso se define como «la proporción de la población que tiene un acceso razonable a un suministrador de SRO».³⁰ Esta tasa es uno de los principales indicadores que utiliza la OMS para controlar el progreso de la SRO,³¹ y se aplica sólo a las sales de rehidratación oral manufacturadas, no a las soluciones caseras. En los últimos años los datos de las tasas de acceso han sido contradictorios. Aunque se ha informado de que la accesibilidad de la SRO en el Tercer Mundo ha aumentado hasta el 72% en 1992 y casi el 80% en 1994,³² se dice que la producción de sobres de SRO ha descendido. De 1991 a 1992 la producción cayó desde 410 a 390 millones de sobres. En varios países -Afganistán, Albania, Somalia y Sudán- se ha suspendido su producción. (Esta aparente discrepancia podría ser debida a datos erróneos; la OMS describe las estimaciones de las tasas de acceso de 1993 como «basadas en informes, muchas de ellas invalidadas [...] o extrapoladas a partir de las cifras de producción de SRO». Al describir sus datos de 1994, más nuevos y fiables, la OMS afirma, aunque sus «sondeos no permiten una estimación global», que «el acceso a la SRO se está aproximando, si no superando, [...] al 80%».³³) Pero, al crecer los precios de los productos comerciales de SRO, en ciertos países su tasa de uso ha caído, en algunos casos a menos de la mitad de sus niveles más altos. (Vea el tema de la SRO en Egipto en la página 52.)

Tasa de uso. La «tasa de uso de la TRO» se refiere generalmente al uso de la SRO o los Líquidos Caseros Recomendados (SRO/LCR), y es definida como «la proporción de niños menores de cinco años con diarrea que reciben un suplemento de líquidos y alimentación continuada». En la Cumbre Mundial a favor de la Infancia de 1990 se estableció el objetivo de que el 80% de las familias «deberían estar capacitadas para usar la TRO antes de acabar 1995». El informe *Estado Mundial de la Infancia* de 1995 afirma que «los datos más recientes (1993) sobre los progresos en la consecución de esta meta indican que en esa fecha la tasa global de utilización de la TRO en el mundo en desarrollo era de aproximadamente un 44%».³⁴ Una tabla aún más reciente proporcionada por el UNICEF -también usando datos de 1993- sitúa la «tasa global de uso de la TRO» en un 57%.³⁵ (Véase gráfico 2-2, p. 40)

Las estimaciones del gráfico 2-3 parecen bastante buenas: una tasa global de acceso a la SRO del 75%, una tasa global de uso de SRO/LCRs del 51% y una tasa de uso de la SRO del 25%.³⁶ Todas las estimaciones muestran un modesto incremento desde 1989. Sin embargo, estas cifras son engañosas. Primero, porque las estimaciones globales excluyen a China, y si China fuera incluida bajarían considerablemente. En 1993, China, en donde viven más de una cuarta parte de los niños del mundo,³⁷ tenía una tasa de uso de SRO+LCRs del 22%, y de sólo el 3% para la SRO.

El mayor problema a la hora de interpretar las «Tasas de Uso de SRO/LCRs» es, sin embargo, la posible naturaleza engañosa de los datos. El aparente incremento en las tasas de uso podría deberse, al menos en parte, a una nueva definición del término «líquidos caseros recomendados» (LCRs). En 1989 la definición de LCR fue ampliada para abarcar desde el té sin azúcar hasta el agua pura.

Algunos informes de campo muestran una gran brecha entre el conocimiento y el uso. Por ejemplo, una encuesta llevada a cabo en Filipinas entre 1989 y 1990 encontró que, aunque el 73% de las madres entrevistadas demostraron que sabían preparar correctamente la SRO, sólo el 14% la usaba para tratar la diarrea en sus hijos menores de 5 años. (Sin embargo, en un 30,3% de los casos usaban medicinas.)³⁸

En los últimos años ha crecido la preocupación por la validez y las implicaciones de las tasas de uso

de la TRO. En 1990, el Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica (PCED) de la OMS comunicó que cuando se usaban datos más fiables, caían las estimaciones del uso de la TRO en la India, Bangladesh, Indonesia y otros países.³⁹ UNICEF, en su informe *Estado Mundial de la Infancia* de 1994, reconocía que en algunas partes del mundo «las tasas de utilización de la TRO se han reducido».⁴⁰ En febrero de 1994, el UNICEF y el Centro Internacional de Investigación sobre la Enfermedad Diarreica de Dhaka, Bangladesh, expresaban su preocupación por la disminución de las tasas de uso al proclamar la necesidad de «volver a prestar atención a la persistente infrautilización de la TRO en todo el mundo».⁴¹

Uso poco eficaz de la TRO

Tasas de Uso de la TRO

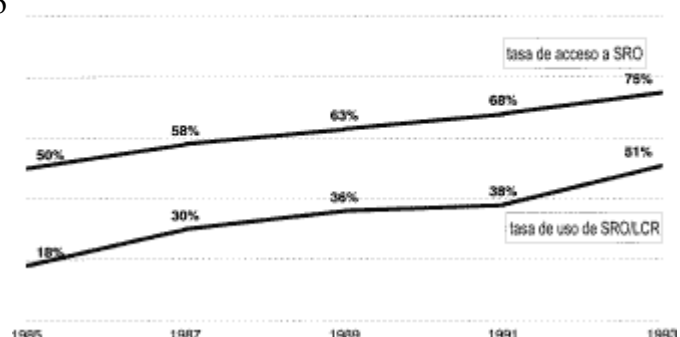
Región	Población <5 años (miles)	Muertes de <5 años (miles)	Episodios Totales (miles)	Muertes por Diarrea (miles)	Uso de TRO 1993
Lejano Oriente y Pacífico	185.500	2.530	481.650	281	79%
Oriente Medio y Próximo y Norte de África	54.000	997	188.400	283	61%
África del Sur y Oriental	48.585	1.970	216.770	578	60%
América y Caribe	54.300	590	192.425	153	58%
Sur de Asia	161.040	4.955	507.320	1.309	44%
África Central y Occidental	51.494	2.335	267.927	658	36%
TOTAL	554.919	13.377	1.854.492	3.262	57%

Si la «tasa de uso de la TRO» es difícil de valorar, la «tasa de uso eficaz» es aún más problemática. Está ampliamente reconocido que el uso ineficaz de la TRO -tanto sobres como mezclas caseras o líquidos caseros- es un gran obstáculo. Norbert Hirschhorn, uno de los pioneros de la TRO, admite que «...está bastante claro que muchos [niños] no reciben lo que necesitan incluso cuando los sobres y líquidos caseros son conocidos y están disponibles.»⁴² Las estimaciones sobre el uso eficaz varían mucho pero, por término medio, se piensa que, en la actualidad, sólo una tercera parte de las veces se usa correctamente.

El uso correcto de la TRO implica al menos tres aspectos: (1) preparación correcta y equilibrada de las bebidas, (2) incremento de la ingesta de líquidos y (3) continuación de la alimentación.

En un estudio patrocinado por la OMS sobre 76 encuestas realizadas entre 1990 y 1993 en 36 países, se halló que el 58% de los hogares usaban SRO o líquidos caseros recomendados.⁴³ Sin embargo, sólo el 32% de

Acceso global estimado a la SRO, y tasas de uso de la SRO o los LCRs 1985-1993

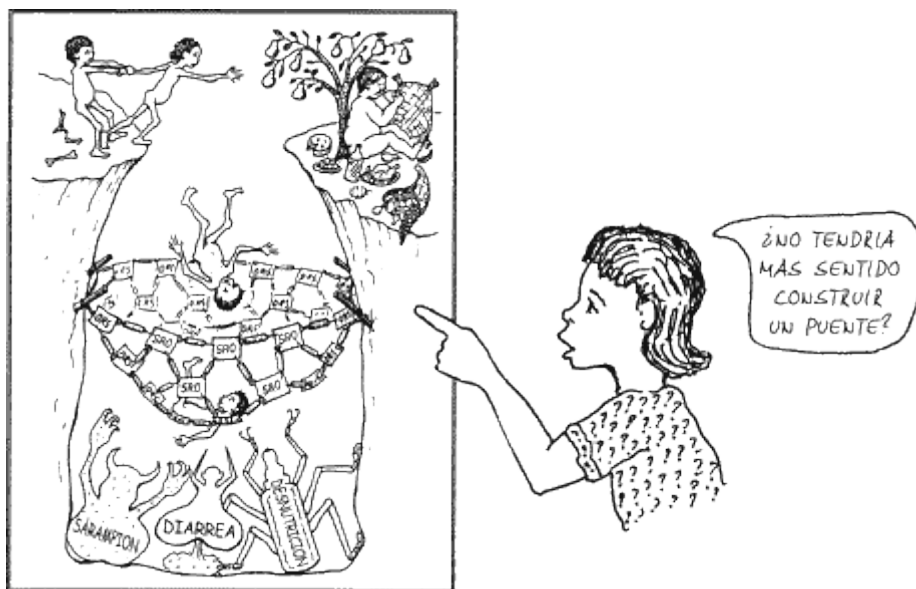


las familias aumentaban la cantidad de líquidos que administraban a los niños, y sólo el 20,5% aumentaban los líquidos y además continuaban alimentándolos. Por tanto, el uso completamente eficaz de la TRO se daba, como mucho, en uno de cada cinco niños.

El problema de los errores al preparar las bebidas de rehidratación es bastante frecuente. Estudios llevados a cabo en seis países mostraron que entre el 23% y el 73% de las madres preparaban soluciones de azúcar y sal (SAS) con «concentraciones de sal peligrosamente altas». ⁴⁴ Esto hizo que la OMS desaconsejara el uso de las SAS caseras sobre la base de que no suelen ser preparadas de manera correcta y segura. Sin embargo, los errores también son frecuentes al preparar los sobres de SRO, muchas veces por añadir poca agua. Por ejemplo, en estudios de Brasil ⁴⁵ y Kenia ⁴⁶ muchos cuidadores de niños eran incapaces de preparar la SRO correctamente (un 39% y un 50% respectivamente).

Una de las razones más habituales del fracaso de la TRO para combatir adecuadamente la deshidratación es que se dan muy pocos líquidos. Un niño con diarrea acuosa severa (especialmente si es cólera) puede llegar a perder un litro o más de agua al día. Si hay vómitos la pérdida puede ser aún mayor. Para prevenir la muerte, se debe reponer todo el volumen de líquido que se pierde. Los cuidadores deben entender por qué se necesita tanta cantidad de líquido y aprender a dar de beber a menudo -a veces cada pocos minutos- día y noche. Incluso si el niño vomita, puede captar algo de líquido, sobre todo si se administra con frecuencia y en pequeñas cantidades. La OMS y el UNICEF han dado cada vez más importancia a *incrementar la ingesta de líquidos*; pero aún persiste el problema de dar demasiado poco.

¿Cuántos niños reciben de manera eficaz la TRO en todo el Tercer Mundo? Si aceptamos la estimación media de que la tasa global de uso de todos los tipos de TRO (SRO y LCR) está en torno al 50% y calculamos que una tercera parte del uso de la TRO es eficaz, la TRO llegaría de forma eficaz al 17% de los niños que la necesitan. Puede que esta cifra esté aún inflada.



«Descansar la tripa»: una práctica dañina introducida principalmente por médicos occidentales

En los primeros tiempos del despegue de la TRO muchas autoridades de salud criticaban los remedios tradicionales, alegando que era frecuente que las madres dejaran de dar comida y bebida a sus hijos cuando tenían diarrea. Se decía que lo hacían así por la creencia de que cuanto menos entrara en el niño menos saldría. Sin embargo, valoraciones hechas en Bangladesh, Arabia Saudí, India, Perú, México, Kenia, Suazilandia y Lesotho han demostrado que *tradicionalmente, la*

*mayoría de las madres siguen alimentando a sus hijos cuando tienen diarrea y casi todas continúan amamantándolos.*⁴⁸

De hecho, la idea de «descansar la tripa» parece haber sido promocionada principalmente por médicos cualificados (de formación occidental). En varios países, las madres que mantenían a sus hijos sin comer ni beber decían que lo hacían porque «mi doctor me dijo que no alimente a mi hijo cuando tiene diarrea».⁴⁹ Aunque la comida y la leche, especialmente la leche de pecho, se consideran ahora una parte esencial de la TRO, muchos médicos (tanto del Norte como del Sur) todavía dicen a las madres que no den comida, o al menos leche, a sus niños cuando tienen diarrea. Un consejo así puede, y a veces lo hace, tener consecuencias fatales, especialmente para los niños desnutridos.⁵⁰

¿Reduce la TRO la mortalidad infantil?

A finales de la década de los 80 se estaba haciendo cada vez más claro que el impacto de la TRO en la supervivencia infantil, aunque sustancial, era menor de lo que se había predicho con tanta euforia. En 1980 la USAID, aunque todavía ensalzaba la TRO como un «gran adelanto», admitía (de manera bastante contradictoria) que era necesario un «adelanto continuo».⁵¹

Robert Moy -un reputado investigador de la enfermedad diarreica- escribió lo siguiente en respuesta a un borrador de este libro:

«Estoy de acuerdo con que el efecto de la TRO sobre la mortalidad es decepcionante. Las afirmaciones del UNICEF sobre los millones de vidas que se salvan cada año gracias a la TRO [...] son, por supuesto, un montón de espejismos y simples modelos matemáticos que tienen poco que ver con el mundo real. Quizá en nuestros días mueran menos niños por deshidratación aguda [...] pero morirán más tarde por diarrea persistente, desnutrición, diarrea sanguinolenta o, ahora, diarrea asociada al VIH, enfermedades para las cuales la TRO sola no sirve. Esto es, por supuesto, un engaño para que UNICEF/USAID/OMS sigan vendiendo al público general la idea de que los problemas del mundo se van a solucionar enviando sobres de SRO...»⁵²

Moy y otros han lanzado la pregunta de si la TRO -cuando se introduce sin acompañarse de esfuerzos para combatir la pobreza y las condiciones de vida insanas- realmente reduce la mortalidad infantil o sólo la pospone. Al analizar la situación, debemos tener cuidado para no confundir el impacto individual de la rehidratación en un niño que ha tenido diarrea -una terapia probada para una enfermedad aguda- con la mortalidad infantil global de una población.

En muchos países los datos de mortalidad por diarrea son poco precisos y a menudo erróneos, sobre todo porque las muertes de muchos niños no son registradas. Como señalan Carl Taylor y William Greenough III -dos expertos en TRO muy respetados-, las estimaciones originales de las muertes causadas por la diarrea proceden de extrapolaciones a partir de estudios de campo en áreas de alta prevalencia, y las muertes evitadas se calculan proyectando los resultados de algunos de los mejores programas. En ambos casos es dudoso que los números representen la realidad mundial.⁵³

Algunos críticos argumentan que, aun cuando un programa de TRO permite a un cierto número de niños sobrevivir a un episodio de diarrea, hay bastantes posibilidades de que muchos de ellos mueran en un episodio posterior de diarrea o de otra enfermedad de la pobreza.⁵⁴ Los datos sugieren que, en algunas circunstancias, programas de TRO que han sido considerados exitosos por sus tasas de uso o de acceso, no han conseguido reducir significativamente la mortalidad infantil general.⁵⁵

Un estudio realizado en Honduras encontró que, aunque la mortalidad por diarrea bajó mucho

debido a una campaña de TRO, no se detectaron cambios en las tasas globales de mortalidad. Aún más preocupante, quizá, es un estudio de 1992 en una comunidad rural de Bangladesh que encontró que, en realidad, la mortalidad infantil por diarrea acuosa aguda había aumentado de manera significativa durante la ejecución de un programa de TRO.⁵⁶ Esto es especialmente relevante porque la TRO ha sido promovida de manera intensa y (según muchos informes) eficaz en todo Bangladesh. El estudio culpó de los decepcionantes resultados del programa a la inadecuada formación de las familias en el uso correcto de la TRO.⁵⁷ Sin embargo, el Comité para el Progreso Rural de Bangladesh ha dirigido una de las campañas educativas más extensas y mejor controladas sobre TRO, llegando prácticamente a todas las madres del país.⁵⁸ Por ello, parece más probable que los resultados que no muestran ningún descenso de las muertes infantiles tras la introducción de la TRO procedan de un empeoramiento de la pobreza, en relación con un deterioro de las políticas sociales, la deuda externa y los programas de ajuste estructural. Incluso la mejor iniciativa de TRO no puede contrarrestar los dañinos efectos de estas corrientes macroeconómicas.^{*/59}



En último término, la estimación oficial «por aproximación» del UNICEF de un millón de vidas infantiles salvadas cada año por la TRO debe ser seriamente cuestionada. Estas dudas, sin embargo, de ninguna manera pretenden desacreditar los logros de la TRO ni la entrega de los que han trabajado tan duramente para hacerlos realidad. Pensándolo bien, se puede decir que, ante circunstancias difíciles, la TRO está salvando la vida a gran cantidad de niños -al menos temporalmente-. Pero los hechos nos recuerdan que, de los alrededor de 3 millones de niños que mueren cada año de diarrea, unos 2 millones todavía mueren por deshidratación.

Al comparar las tasas de mortalidad por diarrea en el Tercer Mundo con las de los niños que crecen en mejores condiciones de vida, sabemos que casi todas las muertes por diarrea y deshidratación son evitables. Está claro que las intervenciones actuales en pro de la Supervivencia Infantil no son suficientes. Demasiadas veces, como comentamos en la Parte 1, la TRO ha sido promocionada y financiada desde arriba, lejos de las necesidades básicas y de los derechos de los niños, y conforme a la estrategia de supervivencia infantil de la atención primaria de salud selectiva. ¿No se salvarían más vidas infantiles si la TRO fuera integrada dentro de un planteamiento amplio de atención primaria de salud?

Parte del problema de la baja eficacia puede deberse al hecho de que la promoción de la TRO se ha orientado más como un producto que como un proceso. Se ha basado más en convencer a la gente para que compre y use los sobres que en ayudarles a comprender los conceptos y a adquirir las habilidades que les permitan resolver los problemas relacionados con la necesidad de comida y líquidos de sus niños y con su bienestar general. La información compartida ha sido inadecuada. Las encuestas en instalaciones de salud de varios países muestran que «la proporción de madres correctamente aconsejadas por los trabajadores de la salud está entre un 1% y un 10%».⁶⁰ Es necesario dar más importancia a la educación y a la capacitación, especialmente de mujeres y niñas, algo a lo que la OMS está dando ahora mayor prioridad.⁶¹

*Hirschhorn señala que este estudio de Bangladesh fue hecho en una zona donde la mayoría de la mortalidad por diarrea se debe a la disentería o a la diarrea persistente, para las cuales la TRO no es la terapia principal. Sin embargo, si la excesiva importancia dada a la TRO llevó a infrautilizar métodos de tratamiento de necesidad más urgente, esto podría haber contribuido de manera paradójica al incremento registrado en la mortalidad.

El Debate sobre la Rehidratación Oral: Sobres de SRO o Líquidos Caseros

- ¿Qué [grupos promueven los sobres y cuáles las bebidas caseras](#)?
- [El problema de no conseguir los sobres de SRO](#) cuando se necesitan
- [Perspectivas económicas](#) en el debate SRO-TRO
- ¿Es sostenible [el costoso éxito de Egipto](#)?
- [La necesidad de estudios](#) que relacionen los gastos familiares en SRO con la desnutrición infantil
- ¿[El fin justifica los medios](#)?
- [El «éxito» del marketing](#)
- La solitaria postura de [Zimbabue por la autosuficiencia](#)

«Ha habido una intensa polémica con tintes ideológicos sobre si la TRO debería ser proporcionada mediante sobres con la 'fórmula completa' de la OMS o enseñando a las madres a hacer en casa soluciones de sal y sacarosa.»⁶² Esto lo escribió el Dr. Norbert Hirschhorn en un capítulo sobre la TRO con el que contribuyó a un libro de 1987 titulado *Child Health and Survival: The UNICEF GOBI-FFF Program* (Salud y Supervivencia Infantil: El Programa GOBI-FFF del UNICEF).⁶³ En apariencia, las diferencias entre los sobres y las soluciones de rehidratación hechas en casa no parecen justificar un debate tan acalorado, y muchos expertos afirman que éste es un debate ya resuelto. Pero, como veremos, todavía están en juego las cuestiones clave. Este capítulo examinará las distintas formas de terapia de rehidratación oral, y considerará los pros y los contras de los sobres industriales de SRO y de las soluciones caseras.

Las **Salas de Rehidratación Oral** (SRO de fórmula completa de la OMS) normalmente vienen en sobres de papel de aluminio producidos en fábricas, o en *sachets* (saquitos) conteniendo las medidas exactas de sales y un azúcar elemental. La fórmula estándar actual de SRO de la OMS/UNICEF, diseñada para mezclarla con un litro de agua, se compone de:

- Glucosa (un azúcar elemental) 20,0 gramos
- Cloruro sódico (sal de mesa) 3,5 gramos
- Cloruro potásico 1,5 gramos
- Citrato trisódico dihidratado 2,9 gramos
(antes bicarbonato sódico, 2,5 gramos)⁶⁴

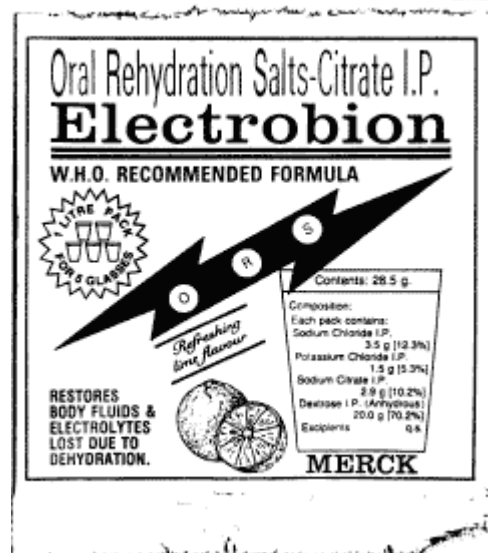
Aunque la SRO estándar de la OMS/UNICEF se mezcla con un litro de agua, existen productos comerciales que requieren diferentes cantidades de agua, desde 200 ó 350 mililitros hasta un litro. La fórmula también varía, y algunos productos añaden saborizantes. Aparte de la SRO en sobres, en algunos países se fabrica una fórmula equivalente en tabletas para disolver en un vaso de agua. SRO

ya mezcladas y bebidas similares también vienen en botellas o en latas en forma de producto comercial caro. Sin embargo, en este libro, el debate se limitará a la SRO en sobres, que -con una fuerte promoción e inversión por parte de grandes instituciones como UNICEF y USAID- ha sido con mucho la de distribución más amplia.

En los primeros años de las campañas sobre TRO, los sobres de SRO eran manufacturados en países industrializados y enviados al Tercer Mundo. Se entregaban a los ministerios de salud, se distribuían por clínicas y puestos de salud, y la mayor parte se daba gratis a las madres. Pero, con el paso de los años y los recortes en los presupuestos de salud, la producción y la distribución se han comercializado cada vez más.

Actualmente, se producen unos 400 millones de sobres de SRO al año, 2/3 de los cuales son producidos en 60 países en vías de desarrollo.⁶⁵ El UNICEF todavía suministra anualmente unos 80 millones de sobres, muchos de los cuales se producen en países industrializados y son exportados, principalmente a África.

Las bebidas caseras para TRO, a diferencia de los sobres de SRO, se preparan en casa usando ingredientes que la mayoría de las familias pobres tienen ya a mano. Están menos estandarizadas que los sobres industriales de SRO, pudiendo adaptarse para utilizar productos baratos de la zona y métodos tradicionales de medida de alimentos.



Una de las primeras mezclas caseras, todavía muy usada -llamada SAS (Solución de Azúcar y Sal)- consiste en azúcar común (sacarosa) y sal de mesa, aproximadamente en las mismas proporciones que la fórmula de la OMS. Aunque la fórmula recomendada varía de manera considerable, puede hacerse una bebida para TRO eficaz y segura mezclando 8 cucharaditas de azúcar y media cucharadita de sal en un litro de agua.⁶⁶ En lugar de azúcar refinada pueden usarse azúcar sin refinar, melaza o miel. Donde está disponible, a veces se añade carbonato (bicarbonato sódico), pero no se considera esencial. Para darle potasio, y también sabor (ambas cosas pueden ayudar a devolver el apetito al niño enfermo), pueden añadirse zumos de cítricos, tomate y otras frutas, o puede animarse al niño a comer bananas. Cuando no se dispone de frutas, las cenizas del fuego de cocinar (potasa) pueden proporcionar potasio. Puede añadirse a la mezcla casera el agua filtrada a través de un paño con ceniza.⁶⁷

La comida como parte de la TRO

Antes de continuar nuestro debate, es esencial recalcar la importancia *de seguir alimentando al niño con diarrea*. La comida se considera ahora una parte clave de cualquier método de rehidratación oral. La comida no sólo ayuda a mantener el nivel nutricional del niño y su capacidad de luchar contra la infección, sino que los alimentos ayudan a transportar agua desde la tripa hasta el torrente sanguíneo, acelerando la rehidratación. Debería fomentarse que se alimente con frecuencia al niño enfermo tan pronto como sea capaz de tomar comida. La *leche de pecho* es una excelente bebida de rehidratación; las mujeres que estén amamantando a sus bebés deberían intentar siempre dar leche de pecho antes que administrar una bebida de TRO.

Ahora reconocidas como una forma eficaz de TRO casera, las bebidas de rehidratación *basadas en alimentos o en cereales* son promocionadas cada vez más, especialmente por parte de los programas basados en la comunidad. Pueden hacerse como un atole fino de arroz, maíz, patata o cualquier raíz o grano baratos que la familia tenga en casa. Los estudios muestran que las bebidas hechas con harina de arroz (y un poco de sal) no sólo rehidratan eficazmente, sino que, en algunos casos (principalmente en el cólera), reducen la diarrea y los vómitos mejor que los sobres estándar de

SRO o las soluciones caseras de azúcar y sal.⁶⁸ El papel de la comida y las bebidas basadas en alimentos se trata más ampliamente en los capítulos 9 y 10.

¿Qué grupos promueven los sobres y cuáles las bebidas caseras?

El debate sobre qué forma de TRO es la mejor, y por qué, ha evolucionado durante la última década. Aumenta la polémica sobre la relativa precisión o sencillez de los líquidos caseros, el contenido de la fórmula completa de la SRO y la preparación casera frente a la comercialización de las bebidas basadas en la comida. Pero el núcleo del debate aún se encuentra entre los que continúan fomentando los sobres de SRO para uso casero y los que defienden las soluciones hechas en casa.

Los promotores de los sobres

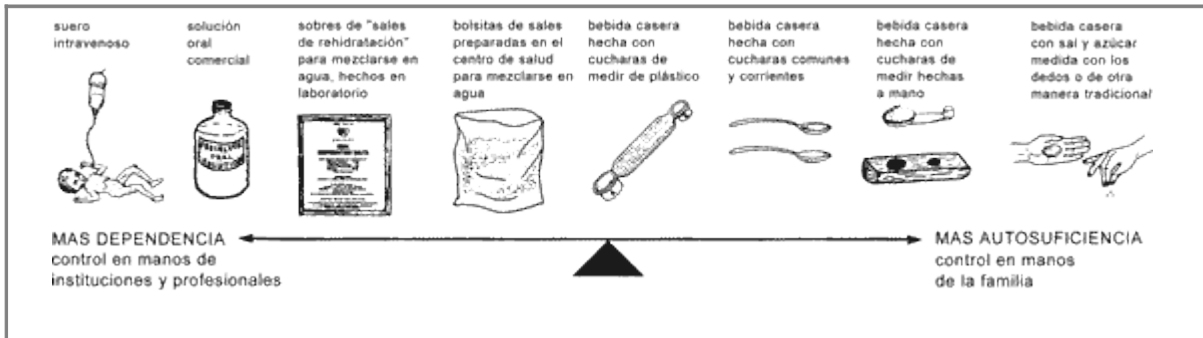
Con pocas excepciones, los partidarios más firmes de los sobres de SRO, incluyendo los formulados para uso doméstico, suelen ser grandes instituciones nacionales e internacionales. Estas incluyen a la OMS y al UNICEF, y a la mayoría de ministerios de salud. USAID ha sido uno de los defensores más activos de los sobres, y ha fomentado con intensidad su producción y distribución comercial. Siguiendo la iniciativa de la USAID, están los cientos de programas gubernamentales, proyectos de ámbito universitario y organizaciones no gubernamentales (ONGs) financiados por su enorme bolsillo.

En general, las instituciones que más favorecen los sobres de SRO frente a las soluciones caseras son aquellas que fomentan la salud y el desarrollo desde una perspectiva más tecnológica que social: desde arriba más que desde abajo. Afirman que los sobres son más seguros porque sus contenidos, formulados científicamente, se miden y controlan con precisión. Citan estudios que muestran que las madres muchas veces preparan la TRO casera de forma incorrecta.

Desde la perspectiva de los políticos y los burócratas, los sobres de SRO están definidos con mayor nitidez y encajan más fácilmente dentro de los planes centralistas que las soluciones caseras, más difusas y adaptables. Sin embargo, incluso entre los partidarios de los sobres, puede haber razones diferentes para su postura. Una persona muy veterana en la promoción internacional de la TRO comenta sobre las distintas razones para promocionar los sobres de SRO:

«Es interesante considerar por qué el UNICEF y la USAID han puesto casi todo su énfasis en los sobres, y yo creo que las motivaciones son diferentes. El UNICEF necesita ser capaz de decir que ha hecho progresos a corto plazo, para mantener su soporte financiero; y el progreso, creen, depende de contar con una intervención basada en un artículo fácil de cuantificar, como las vacunas, la vitamina A o los sobres. USAID, por su parte, tiene una política social basada en la voluntad de pagar. Para ellos lo único importante es pagar por las cosas.»⁶⁹

LA GAMA DE MÉTODOS DE REHIDRATACIÓN PARA NIÑOS CON DIARREA



MÉTODOS QUE FAVORECEN DEPENDENCIA

- Control y responsabilidad principalmente en las manos de profesionales, instituciones y laboratorios farmacéuticos.
- Medidas más precisas y "controladas" (cuanto menos en teoría).
- Más mágico; quizás se acepte más pronto, pero con menos comprensión.
- Más dependencia de la alta tecnología, de los recursos de fuera, de los servicios centralizados y de la política local e internacional.
- Más caro.
- Más fácil para reunir datos y para preparar estadísticas.
- Llega a menos gente; puede ser difícil de conseguir.
- A veces causa demora en el tratamiento, porque se tienen que conseguir materiales especiales; el efecto es más curativo que preventivo.
- El enfoque está sobre los materiales y el abastecimiento (así que sube el precio cada año).
- Quizás dé resultados mejores (con menos riesgos) en individuos que se tratan a tiempo, pero el resultado total es peor, ya que muchos niños nunca reciben el líquido o se les da demasiado tarde.

MÉTODOS QUE GENERAN AUTOSUFICIENCIA

- Control y responsabilidad principalmente en manos de la familia.
- Medidas menos precisas, menos "controladas".
- Más práctico y fácil de entender.
- Más autosuficiencia; usa recursos locales (lo que se pueda obtener en casa o en las tiendas).
- Más barato.
- Más difícil para reunir datos y preparar estadísticas.
- Llega a más gente; el abastecimiento es local y casi siempre posible.
- El tratamiento puede empezar a la primera señal de diarrea; más preventivo que curativo.
- El enfoque está en la gente y en la educación, así que la capacidad de las personas para curarse solas aumenta con los años (el precio baja).
- Quizás lleve más riesgo en casos individuales debido a la posibilidad de errores al prepararla o darla, pero probablemente salve muchas más vida, ya que llega a más niños más

rápidamente.

Los partidarios de las mezclas caseras

En claro contraste con los promotores de los sobres, la mayor parte de los defensores de las bebidas de rehidratación caseras suelen ser pequeñas organizaciones comunitarias. Estos grupos suelen seguir un planteamiento integral de la atención primaria de salud, que incluye trabajar por el cambio social. En vez de poner en práctica los programas de TRO de forma aislada, tratan de integrarlos dentro de iniciativas más amplias que engloban atención de salud, educación y toma de conciencia.



Los partidarios de las soluciones caseras argumentan que es más seguro para los niños que las familias aprendan a hacer una bebida fiable con ingredientes que tengan a mano. Esto fomenta la autosuficiencia de la familia y la comunidad, y evita la dependencia innecesaria de productos cuyo abastecimiento puede estar fuera del control del consumidor. Señalan que, cuando una madre aprende a tratar la diarrea con ingredientes caseros, no tiene que retrasar el tratamiento mientras va a la tienda del pueblo. Tampoco gasta el dinero para comida en algo que ella puede preparar en casa de una manera más barata y rápida.

Estas organizaciones suelen ser muy críticas con el planteamiento centrado en los sobres. Citan estudios que muestran que la gente muchas veces mezcla la SRO con poca cantidad de agua, lo cual puede ser peligroso. Además, el coste de la SRO y su presentación como una medicina frecuentemente desemboca en madres (e incluso promotores de salud) dando al niño enfermo insuficiente SRO como para ser eficaz. Insisten en que es necesario dar más importancia a la comunicación de los principios básicos, y menos a la comercialización del producto.

Portavoces de la OMS y el UNICEF nos dicen que el debate polarizado sobre la SRO frente a las soluciones caseras tiene ahora poca sustancia: que han sido injustamente acusados de favorecer los sobres comerciales de SRO sobre las alternativas locales. Los informes públicos de la OMS han recomendado durante varios años los «sueros caseros» como primera línea del tratamiento casero de la diarrea. Por ejemplo, las *WHO Guidelines: Selection of Home Fluid* (Pautas de la OMS: Selección de Líquidos Caseros) de 1990 afirman que: «Donde no se disponga de SRO, deberían usarse otros líquidos para prevenir la deshidratación.»⁷⁰ Sin embargo, sitúa a la SRO a la cabeza de su lista de métodos de rehidratación recomendados para el tratamiento casero precoz de la diarrea. Más recientemente, en su folleto de 1993 *The Management and Prevention of Diarrhoea, Practical Guidelines*⁷¹ (Tratamiento y Prevención de la Diarrea, Pautas Prácticas) la OMS promociona los «líquidos caseros» y la SRO como sigue:

Cómo tratar la diarrea en el hogar (tarjeta para la madre)

1. EN CUANTO COMIENZE LA DIARREA, DÉ A SU NIÑO MAS LÍQUIDOS DE LO HABITUAL:

DÉ:

- Solución de SRO

- Líquidos hechos con alimentos, como sopa, agua de arroz y yogur líquido
- Agua limpia

• Si el niño tiene menos de 6 meses de edad y sólo toma leche de pecho, dé sólo SRO o agua limpia, además de leche pecho.

DÉ TANTA CANTIDAD DE ESTOS LÍQUIDOS COMO SU NIÑO ACEPTE

Por tanto, en sus recomendaciones oficiales, la OMS y el UNICEF apoyan el uso de líquidos caseros para el tratamiento casero precoz de la diarrea. Pero, ¿practican lo que predicán? Si examinamos dónde han invertido la mayor parte de su dinero, personal e investigación, estos organismos claramente se han volcado en los sobres. Esta predisposición se refleja tanto en sus programas nacionales como en sus documentos oficiales.

Como veremos en el Capítulo 10, esa manera de dar prioridad a la SRO como «líquido casero» debe cuestionarse. A veces, las bebidas basadas en alimentos e incluso las soluciones de azúcar y sal pueden, *en ámbitos comunitarios*, ser tanto o más eficaces que la SRO -en parte porque muchas veces los sobres no están disponibles (o no son asequibles) donde y cuando se necesitan. Muchas veces la elección *no* es entre una bebida casera o una SRO, sino entre una bebida casera o *nada*.

Un crítico ha sugerido que la reciente relajación en lo tocante a los líquidos caseros -cuya lista incluye ahora el «agua limpia»- refleja una necesidad de «maquillar las estadísticas» de las tasas de uso de la TRO para alcanzar algún objetivo arbitrario (como la meta del UNICEF de conseguir un 80% de accesibilidad para la SRO).⁷²

Aunque la OMS ha modificado alguno de los detalles en los últimos años, sus recomendaciones básicas han cambiado poco. En su «Selección de Líquidos y Alimentos para Terapia Casera para Prevenir la Deshidratación por Diarrea: Pautas para Desarrollar una Política Nacional» de 1993, la OMS ha eliminado la solución de azúcar y sal de la lista de sus LCRs (Líquidos Caseros Recomendados). Pero todavía favorece a la SRO:

«Cuando sea posible, debería promocionarse un líquido que contenga sal como, por ejemplo:

- Solución de SRO
- Bebida salada
- Sopa salada

La solución de SRO es muy eficaz como terapia casera para prevenir la deshidratación. Debería promocionarse si los sobres de SRO estuvieran disponibles fácilmente y fuesen asequibles, y las madres supieran, o se les enseñara, cómo mezclar y dar la solución de SRO.»⁷³



Estas pautas de 1993 acentúan con acierto la importancia de dar *mayores cantidades de líquidos, y a la vez comida*. También hacen incluso mayor hincapié en los líquidos caseros. Pero el hecho de que la lista de LCRs esté aún encabezada por la SRO continúa dando a este producto comercial el primer puesto en las mentes de los planificadores de salud y los consumidores. La suave advertencia de proporcionarlos «si los sobres de SRO están fácilmente disponibles y son asequibles» puede sonar a consejo, pero no es suficientemente fuerte como para compensar la década de *marketing* social que promocionó la SRO como una medicina maravillosa que las familias pobres debían conseguir sin considerar la distancia y el coste. La predisposición a favor de los sobres está profundamente arraigada, tanto a escala nacional como comunitaria. En Jamaica, por ejemplo, los antropólogos descubrieron que las enfermeras advertían explícitamente a los cuidadores de niños con diarrea de que no usaran nunca bebidas caseras tradicionales, y que «debían usar sólo los sobres mezclados con agua».⁷⁴

Uso irracional de las SRO

En un artículo del número de marzo de 1995 del *Lancet* titulado «Tratamiento Casero Racional de la Diarrea» Almroth y Latham ponen en duda la racionalidad de la fuerte promoción de los sobres de SRO para uso casero, comparándolo con el uso irracional de las medicinas:

«El uso irracional de medicinas para el tratamiento de la diarrea, según la OMS, se asocia a problemas tales como la desviación de la atención del tratamiento adecuado, costes innecesariamente altos del tratamiento y reacciones adversas. ¿No sería esta lista una buena descripción de las consecuencias de la promoción del uso irracional de la SRO en casa?

»Al hacerse evidentes los fallos de la SRO en casa, han aparecido unas pautas más racionales para el uso de la SRO. Sin embargo, un programa para el tratamiento casero de la diarrea seguirá siendo fundamentalmente irracional si parte de la base de que la SRO es la terapia ideal que debería usarse siempre que fuera posible. La SRO no es necesaria en el hogar para la mayor parte de los casos de diarrea. Los líquidos caseros y las comidas pueden ser como mínimo tan eficaces, y son más sencillos y baratos. El uso racional de la SRO en casa supone limitarlo.»⁷⁵

Estamos de acuerdo. Por desgracia, en la mayor parte del Tercer Mundo, la SRO comercial continúa ofreciéndose con insistencia a las familias pobres, no sólo para el tratamiento de la deshidratación, sino como la «primera respuesta médica» a la diarrea. Esto se explica en parte por las subvenciones de la USAID a los programas de TRO centrados en los sobres.

A principios de los 80, el programa «Salud y Nutrición» del UNICEF en la India participó con el Ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales en el lanzamiento por toda la nación de un programa de TRO basado en líquidos caseros (principalmente SAS). El principal ingrediente era el tradicional azúcar sin refinar (*jaggery*), que se encuentra en la mayoría de los hogares indios. La campaña nacional, quizá la más extensa del mundo, consiguió un moderado grado de éxito y mereció gran atención. Aún así, en la Segunda Conferencia Internacional sobre TRO (patrocinada por la OMS, el UNICEF y la USAID) no hubo oportunidad de informar del excepcional (aunque inconformista) programa de la India. El equipo del UNICEF de la India (y muchos de los que estábamos allí presentes) sintió que la conferencia se había sobrecargado a favor de la SRO, y que sus organizadores habían excluido deliberadamente del programa cualquier informe que pudiera cuestionar la conveniencia de los programas basados en los sobres.⁷⁶

Más tarde, a finales de los 80, el programa de la India cambió de forma radical. La SAS fue desacreditada, aparentemente por la incapacidad de las madres para recordar la fórmula exacta, así como por los problemas para acceder al azúcar y la sal. En lugar de hacer frente a estos hechos, por ejemplo mejorando la educación para la salud, el programa cambió su rumbo hacia la promoción de

la SRO. La justificación de esta decisión fue publicada en 1990 por UNICEF en un libro titulado *Diarrhoea in Rural India* (Diarrea en la India Rural).⁷⁷ Basado en un estudio sobre las dificultades y las ideas erróneas del Programa Nacional para el control de la Diarrea, proponía recomendaciones para un plan revisado. Estas daban importancia al uso de líquidos caseros y leche de pecho en el tratamiento de la diarrea.⁷⁸ Pero se acentuó mucho más la necesidad de una promoción intensa de los sobres de SRO, incluso en el ámbito familiar:

«Hace falta un enorme esfuerzo estratégico para promover el sobre de SRO como la primera y más importante respuesta médica en la que pensar ante un niño con diarrea. A pesar de estar reconocida ampliamente por médicos, trabajadores paramédicos y, hasta cierto punto, por las madres, como tratamiento para la diarrea avanzada con signos de deshidratación, la SRO no se ve aún de forma generalizada como la primera respuesta para todos los casos de diarrea que requieran tratamiento. El borrador del Plan Nacional para el Tratamiento de la Diarrea contempla ahora un mayor esfuerzo de promoción social con la reciente liberalización de los paquetes de SRO, haciéndolos disponibles como producto [...] sin receta médica, accesible en cualquier punto de venta al público, llegando más allá de la red actual de farmacias. Acompañada de una distribución intensiva a gran escala de los sobres, sería un gran esfuerzo de *marketing* público siguiendo la línea de otros productos del sector privado que han llegado a las áreas rurales.»⁷⁹

El mismo planteamiento de *marketing* social basado los sobres puede encontrarse en muchos otros programas nacionales para control de la diarrea que han recibido el toque del rey Midas de la USAID. Por ejemplo, el programa nacional de Egipto para control de la diarrea, al principio fuertemente financiado por la USAID, se ha centrado casi exclusivamente en una intensa distribución a gran escala de los sobres de SRO. Cuando USAID retiró su subvención para los sobres de SRO, su precio se disparó y su uso cayó en picado (Véase p. 52).⁸⁰

El problema de no conseguir los sobres de SRO cuando se necesitan

En su Noveno Informe del Programa (1992-1993), el PCED de la OMS informa de que los sobres de SRO están ahora disponibles en el 75% de las comunidades de todo el Tercer Mundo. Esta cifra puede ser exagerada. Para millones de personas de las áreas rurales, los sobres siguen siendo difíciles de conseguir por la distancia, el coste o porque el suministro se ha acabado.

Las trágicas pérdidas que pueden resultar de la dependencia de los sobres de la SRO se describen en este relato auténtico del África rural:

Una instructora de promotores de salud de un programa de salud comunitaria de Kenia le contó a uno de nosotros (David Werner) cómo llegó a convencerse de que era mejor enseñar a la gente la TRO casera en vez de fomentar el uso de los sobres. Un día, cuando estaba visitando un puesto de salud rural, llegó una madre joven, exhausta tras un largo camino bajo el sol abrasador. En su espalda llevaba un bebé delgado envuelto en una manta. Había venido a pie desde una choza aislada en la sabana, a casi cinco millas de distancia. Explicó a la promotora de salud que había venido tan rápido como había podido, porque su bebé tenía «el estómago inquieto» y estaba muy enfermo. Suplicó a la promotora por la medicina dentro de un sobre de plata que salvaba vidas, que su radio decía que estaba disponible en el puesto de salud más próximo.

Cuando la madre destapó a su bebé, descubrió que el niño había muerto. Su arrugado cuerpo aclaró que había muerto por



deshidratación. El largo viaje bajo el sol caliente había sido demasiado para él.

«Me sentí en parte responsable», dijo la instructora. «Si simplemente hubiéramos enseñado a la madre a hacer la bebida de rehidratación en su casa, en vez de decirle que necesitaba ir al puesto de salud a por una medicina mágica, su bebé todavía podría estar vivo.»

«Toda esta historia sobre que los sobres son más seguros y eficaces es una tontería» se quejaba la veterana instructora. «*Lo más seguro será lo que salve más vidas. Y lo que salva más vidas es lo que las madres puedan hacer más fácilmente y sin retrasos, en sus propias casas.* En nuestras circunstancias, una bebida casera es más segura. Si me preguntas te diré que *¡los sobres de SRO son rotundamente peligrosos!*».

Me miró con ojos penetrantes: «Lo que quiero decir es que hacer creer a la gente que los sobres de SRO son de alguna manera mejores o superiores a lo que ellos pueden proporcionar en sus propias casas, es peligroso. Y eso es exactamente lo que están haciendo los grandes programas gubernamentales. Nosotros mismos lo solíamos hacer, hasta que aprendimos por el camino más duro. ¿Entienden lo que quiero decir?»

Lo entendemos. Nuestros contactos con montones de pequeños programas comunitarios de muchos países pobres indican que la mayoría ha llegado a la misma conclusión, y ha elegido promocionar las bebidas caseras y desaconsejar el uso de los sobres. Pero con la red internacional en pro la Supervivencia Infantil fabricando a destajo 400 millones de sobres al año es una lucha difícil. Mencionamos otro ejemplo de Sudáfrica:

En los años 80, en los municipios urbanos negros de Sudáfrica, el gobierno lanzó un programa de TRO basado en hacer disponibles los sobres de SRO a través de centros de salud y hospitales. En abril de 1988, uno de nosotros (David Werner) visitó una «clínica de día» en un municipio negro de las afueras de Durban. Cientos de personas estaban esperando su consulta. El promedio de tiempo de espera era de tres a cinco horas. El pediatra, quien me dijo que veía más de 100 niños al día, reconoció que -aunque el personal tenía un sistema de *triage* para intentar detectar y dar una atención rápida a los niños gravemente enfermos- varios niños habían muerto de deshidratación mientras esperaban en la cola para ser vistos.

Si se hubiese animado a las madres a preparar una bebida de rehidratación en casa, se podrían haber evitado muchas muertes. Además, las colas en el centro de salud habrían sido más cortas, y los pocos niños que no hubiesen tenido respuesta al tratamiento casero podrían haber recibido tratamiento con mayor rapidez.

Incluso en algunas áreas donde la SRO se promociona con insistencia la falta de disponibilidad de los sobres de SRO es un problema importante. Un estudio financiado por USAID confirmó que la escasez de sobres es común incluso en países donde los respaldan programas a gran escala.⁸¹ Un estudio de Honduras, por ejemplo, reveló que mientras el almacén central de la ciudad estaba saturado de sobres, los repartos irregulares causaban una grave escasez en las comunidades.⁸² Las madres informaron de carencias similares en los campos de refugiados afganos de Pakistán.⁸³ Un estudio en la Bangladesh rural mostró que la mortalidad por diarrea estaba relacionada directamente con la distancia desde las casas de los niños hasta la clínica más cercana; los niños que vivían a más de 5 millas de la clínica tenían una probabilidad tres veces mayor de morir que los de dentro de este radio. Los autores concluyeron que la tasa de mortalidad por diarrea podría reducirse de una de estas dos formas: mediante la construcción de centros de tratamiento cada 4 millas por toda Bangladesh o, más factible, haciendo disponible la TRO en los hogares.⁸⁴

Perspectivas económicas en el debate SRO-TRO

El gran impulso de la USAID a «...promover la producción y distribución de sobres de SRO por el sector privado» no debe sorprender.⁸⁵ El antiguo director de USAID Alan Woods afirmó en la Tercera Conferencia Internacional sobre Terapia de Rehidratación Oral que «la meta para la sostenibilidad de la TRO es la colaboración entre el sector privado y el público, y tal colaboración `no está sucediendo con suficiente rapidez!.`» Para bien o para mal, esto ya ha ocurrido. Hoy día la gran mayoría de los sobres de SRO se producen y distribuyen de forma comercial.

El impacto económico de la TRO es una preocupación para los representantes de los dos lados del debate. Los que abogan por las bebidas caseras están preocupados por los costes para las familias pobres, que pueden hacer disminuir el uso de la SRO y aumentar la desnutrición. Estos costes incluyen el del propio sobre y el del viaje al puesto de distribución más cercano, así como la pérdida de tiempo y del correspondiente sueldo.^{*/86}

Por el contrario, los defensores de los sobres se preocupan más de los costes de producción y distribución del paquete. Estos costes afectan particularmente a los gobiernos del Tercer Mundo, obligados a recortar el gasto como parte del ajuste estructural (véase p. 90). Los planificadores de alto nivel han optado de esta manera por la comercialización de los sobres y los *sistemas de recuperación de costes*. Los partidarios de la TRO casera (incluso algunos partidarios de los sobres) critican tales medidas, porque cobrar a los usuarios por los sobres hace disminuir las tasas de uso de la SRO, a la vez que aumenta las pérdidas económicas y nutricionales de las familias con niños de alto riesgo. En muchos países, la privatización de la SRO ha puesto los precios fuera del alcance de las familias más pobres. Como advierte con cautela la OMS: «El precio de la SRO de producción local parece muchas veces excesivo en comparación con el precio del mercado mundial o el de la SRO suministrada por el UNICEF.»⁸⁷

El impacto de la SRO comercial en los pobres

¿Cómo afecta a las familias más pobres la implicación del sector privado en la comercialización de la SRO? El coste de los sobres comerciales en los diferentes países varía desde unos 5 hasta unos 40 centavos estadounidenses por litro; el promedio es de 15 a 20 centavos.⁸⁸ Mientras que para muchos de nosotros 15 centavos no es mucho, debemos recordar que cerca de mil millones de personas ganan menos de un dólar por día. Estas son, por supuesto, las personas cuyos niños mueren por diarrea. En Bangladesh durante la época de las inundaciones y el hambre -cuando la diarrea es más abundante- los campesinos sin tierra pueden ganar tan poco como entre 7 y 13 centavos al día.⁸⁹ No debe sorprender que muchas familias encuestadas en un amplio estudio nacional de Bangladesh dijeran que la SRO era demasiado cara para ellas.⁹⁰

En varios países de los que tenemos información, los bajos salarios pagados a los agricultores y trabajadores «no cualificados» suponen que muchas familias pobres -que ya ganan demasiado poco para alimentar aceptablemente a sus niños- tienen que gastar entre 1/4 y 3/4 o más de sus sueldos diarios por un único sobre de SRO.⁹¹ En la India los sobres de SRO cuestan nada menos que 7-8 rupias (50 centavos estadounidenses), cuando el salario mínimo es de 10 rupias al día. Muchos trabajadores ganan apenas 4 rupias diarias (cuando pueden encontrar trabajo).

Incluso en los Estados Unidos, los altos precios de los productos de rehidratación oral los sitúan fuera del alcance de la gente con pocos ingresos. El *Journal of the American Medical Association* (la publicación oficial de la Asociación Médica Americana) informa sobre un niño que murió porque su madre no podía gastar los 5 ó 6 dólares por litro que costaba la solución embotellada de SRO que recetó el pediatra del niño.⁹²

El problema del coste para las familias de la SRO se agrava por el hecho de que la diarrea ataca a los niños muy a menudo. La diarrea no sólo es una de las principales causas de muerte entre los

niños, sino también *la enfermedad que tienen más a menudo los niños de las familias pobres*. Según algunos cálculos, los niños del Tercer Mundo menores de cinco años experimentan cada año de 2 a 5 episodios de diarrea.⁹³ Los menores de tres años que viven en áreas con malas condiciones higiénicas y sanitarias pueden tener de 4 a 8 episodios por año, durando cada uno un promedio de una semana.⁹⁴ Se ha estimado que los niños del Tercer Mundo menores de tres años tienen diarrea más de un 10% del tiempo.⁹⁵ En algunas zonas esta cifra es más alta. Según la Organización Panamericana de la Salud, los niños bolivianos menores de 5 años tienen «de 9 a 12 episodios diarreicos cada año».⁹⁶ Un estudio en la Bangladesh rural encontró que los niños menores de dos años pueden tener diarrea entre un 16% y un 17% del tiempo -o hasta 60 días al año-.⁹⁷ Esto significa que una familia con tres niños pequeños puede estar tratando a un niño con diarrea la mitad de los días del año. Un niño de cinco años con diarrea líquida severa puede necesitar dos litros o más de líquido de rehidratación al día. Intentar satisfacer esta enorme necesidad con sobres de SRO sería excesivo. Si una familia pobre tuviera que gastar 1/10 de sus ingresos diarios en cada sobre de SRO, esto supondría una tremenda carga económica.

Las familias pobres están condenadas tanto si actúan como si no. El alto precio de la SRO comercial significa que muchas veces simplemente no pueden permitirse comprar los sobres para sus niños, al menos no en suficiente cantidad para que supongan una diferencia que les salve la vida. Y si ellos *sí* compran los sobres, el coste puede afectar adversamente a la nutrición de sus niños e incluso a su supervivencia. Con toda certeza, para las familias más pobres, el coste de la SRO puede ser una causa que contribuya a su baja utilización. El UNICEF aún parece ciego sobre este punto. En su informe *El Estado Mundial de la Infancia* de 1994 (p. 17) comenta:

«La promoción de la TRO también ha avanzado con excesiva lentitud. Ya ha transcurrido un cuarto de siglo desde que se descubrió [...] *Esta técnica tiene un costo prácticamente insignificante*. Sin embargo, todavía sólo la conocen una tercera parte de las familias del mundo en desarrollo.» (itálicas añadidas)

Lejos de tener un coste prácticamente insignificante, para las familias pobres los sobres de SRO pueden ser prohibitivamente caros. Un estudio de Bangladesh encontró que el coste de un sobre de SRO producido comercialmente era siete veces mayor que un litro de solución casera de TRO hecha con azúcar de caña sin refinar y sal de mesa.⁹⁸ Si la energía y los fondos que el UNICEF y la OMS han invertido a través de los años en promocionar los sobres de SRO se hubiesen puesto en la educación popular sobre soluciones caseras eficaces, casi todas las familias del Tercer Mundo podrían tener acceso real a la TRO. Una vez que la información se convierte en «saber común», compartido y transmitido de familia a familia, la tecnología y su transferencia podrían llegar a ser prácticamente gratuitas.

¿Es sostenible el costoso éxito de Egipto?

El NCDDP (*National Control of Diarrheal Disease Program* o Programa para el Control Nacional de la Enfermedad Diarreica) de Egipto, que funcionó desde 1981 a 1991, ha sido citado muchas veces como la iniciativa de TRO a gran escala más exitosa del mundo. De hecho, los resultados fueron notables. Antes de que el programa comenzara, la diarrea era la primera causa de mortalidad infantil de Egipto. En el plazo de 5 años (1983-1988) la mortalidad por diarrea cayó un 58% para los menores de un año y un 53% para los niños entre 1-4 años.⁹⁹ Durante el mismo periodo (1982-1987) las tasas globales de mortalidad infantil y de 1-4 años cayeron considerablemente (un 36% y un 43% respectivamente). La mayor parte de esta caída, según se informó, fue debida a la disminución de las muertes por diarrea, las cuales se dijo que representaban un 82% de la bajada total en las muertes de menores de un año y un 62% de la de las muertes de niños entre uno y cuatro años.¹⁰⁰ Una monografía reciente del programa proporciona evidencias detalladas de que (1) la caída de la mortalidad -y en particular la de la mortalidad por diarrea- fueron hechos reales, (2) el

tratamiento de casos mejoró lo suficiente como para justificar la mayor parte de la caída de la mortalidad por diarrea y (3) los cambios en otros factores que podrían contribuir al declinar de la mortalidad, como la resistencia del huésped o la incidencia de la diarrea, no justifican de forma convincente la magnitud de las reducciones observadas.¹⁰¹

Aunque los resultados del NCDDP de Egipto son impresionantes en muchos aspectos, un extenso estudio publicado en 1994 pone en duda el alcance del pretendido impacto del proyecto sobre la mortalidad, señalando que «las muertes por otras causas han disminuido casi tanto como las de la diarrea y, lo que es más importante, la diarrea continúa siendo la principal causa de muerte entre los niños.»¹⁰²

El programa egipcio se financió con una subvención de 32 millones de dólares para diez años de la USAID, que colaboró con el Ministerio de Salud egipcio en el diseño del proyecto. El eje del proyecto era el uso de los sobres de SRO, también para el tratamiento casero de la diarrea. El programa fue promocionado por todos los medios de comunicación: carteles, megáfonos, radio y anuncios por televisión machacaron los mensajes domésticos básicos sobre un amplio sector de la población. Además, durante 10 años la USAID subvencionó enormemente el precio de los sobres de SRO; un 'paquete de diez' sobres (teóricamente suficiente para manejar un caso medio de diarrea infantil) le costaba a una familia menos de media libra egipcia (LE) (hasta un cuarto de los ingresos diarios de algunas familias).

Sin embargo, la subvención terminó cuando USAID retiró su apoyo en septiembre de 1991, un momento en el que el Ministerio de Salud egipcio tenía ya dificultades para soportar los costes del programa. El déficit apareció en parte porque Egipto -a pesar de ser un país con ingresos medios y el beneficiario de la segunda suma más alta de ayuda exterior de los EE.UU.- carga con una enorme deuda externa. Como consecuencia ha sido sometido a programas de ajuste estructural (PAEs), que incluyen recortes en los presupuestos de salud. Así, el Ministerio de Salud (en conformidad con la exigencia del Banco Mundial de recuperar costes) decidió hacer su programa para control de la diarrea «sostenible» mediante la venta de paquetes de SRO al costo.

Poco antes de que USAID se retirase, uno de nosotros (David Werner) visitó Egipto y discutió la situación con los directores de los programas. Estos admitieron que la terminación del subsidio de los sobres de SRO y su venta al coste presentaban un dilema. Algunos de ellos dudaban si el promocionar los sobres no habría sido un error, que causaría problemas de coste, sostenibilidad y dependencia de un producto que podía no estar siempre disponible.¹⁰³ Como era de esperar, cuando USAID recortó su financiación al programa en 1991, el precio del paquete de diez sobres de SRO saltó a 1,50 LE, un coste poco realista para las familias egipcias que ganan apenas 2 LEs al día.¹⁰⁴ Como se esperaba, la tasa de uso de los sobres de SRO cayó de un 50% a un 23%, y la tasa de uso de cualquier tipo de TRO (SRO o líquidos caseros) descendió a un 34%.¹⁰⁵ Desde 1992 a 1994, el porcentaje de niños que recibían un tratamiento no apropiado con medicinas innecesarias para la diarrea saltó desde un 54,2% a un 76%.¹⁰⁶

El mantenimiento del suministro también se convirtió en un problema. En la provincia de Beni Suef, por ejemplo, se informó de que los sobres de SRO no habían estado disponibles durante un año porque el funcionario local de salud no los había vuelto a pedir. Esto nos lleva a preguntar, «¿cómo es de sostenible una intervención de salud selectiva en un ambiente socioeconómico deteriorado?» Hirschhorn argumenta que, aunque el uso de la SRO ha disminuido de forma notable, el componente educacional del programa -que alcanzó prácticamente a toda la población, incluyendo profesionales de la salud- tendrá efectos de larga duración. Sin embargo, ¿no podrían los efectos a largo plazo haber sido aún mayores si la inversión se hubiera dedicado a enseñar a la gente una alternativa que potenciara la autosuficiencia, dentro de un esfuerzo integral por combatir la pobreza y la desnutrición?

La triste situación de la nutrición de los niños de Egipto nos descubre otro obstáculo para mantener el éxito de su programa de TRO. Aunque la mortalidad infantil por diarrea cayó de forma

significativa durante los años del programa, las altas tasas de desnutrición y de *empequeñecimiento* en los niños permanecieron casi sin cambios, como habían estado durante la década anterior. (Hirschhorn cita una modesta mejora en los niveles de *empequeñecimiento* durante el periodo del programa, y sugiere que podría deberse al mejor tratamiento de la diarrea infantil -incluyendo alimentación continuada-.)¹⁰⁷ Puesto que la nutrición adecuada es un factor clave en la eliminación de la diarrea como una causa principal de muertes infantiles, ¿puede esperarse que el programa para el control de la diarrea de Egipto, que se ha concentrado de manera tan selectiva (y tan cara) en la SRO, tenga un impacto duradero?

Un informe presentado en una conferencia patrocinada por el Banco Mundial y la USAID¹⁰⁸ afirma que el pretendido éxito, incluso en sus momentos culminantes, del programa de TRO de Egipto puede haber sido exagerado. Lo que es quizá más importante, el estudio advierte que el descenso de la mortalidad infantil no se ha acompañado de mejoras sustanciales en la salud de los niños, su estado nutricional o su calidad de vida. Concluye que «la utilización de la mortalidad infantil o de 1-4 años como indicadores influye sobre las conclusiones extraídas. Deben ponerse en primer plano los indicadores de salud.»¹⁰⁹

El Dr. Norbert Hirschhorn, que encabezó el equipo consultivo de John Snow para el programa, no contradice las observaciones de un deterioro global de los servicios de apoyo y la economía en general durante el periodo del programa. De hecho, señala que desde 1984-85 en adelante, el gasto público del gobierno (incluyendo los subsidios para comida) disminuyó, los sueldos reales descendieron y las familias viviendo en la pobreza absoluta subieron de un 23% a un 34%.¹¹⁰ Algunos críticos han afirmado que el éxito del programa es cuestionable porque la mortalidad infantil había estado cayendo vertiginosamente durante los 30 años anteriores. Sin embargo, las dificultades económicas de los 80 bien podrían haber interrumpido aquellas tendencias positivas (como ocurrió en muchos países). Dada la pobreza cada vez más profunda de Egipto durante los años 80, el éxito del programa es aún más extraordinario.

Para situar el relativo éxito o fracaso del programa para el control de la diarrea de Egipto, es importante trazar comparaciones con países como Cuba o China, con tasas de mortalidad por diarrea en niños mucho más bajas (y una mortalidad infantil más baja en general). Parece haber poca duda de que el programa más eficaz para reducir las muertes por diarrea no es el enfocado selectivamente hacia la TRO, sino hacia la satisfacción de las necesidades básicas de los niños, tanto nutricionales como de otro tipo. Es dudoso que esto pueda ser posible en un país pobre si no hay un compromiso completo con la justicia social. Los planteamientos basados en ese compromiso por la justicia se tratarán en la Parte 4.

La necesidad de estudios que relacionen los gastos familiares en SRO con la desnutrición infantil

Hemos visto cómo el coste de los paquetes de SRO -tanto si se hacen cargo los gobiernos como las familias- puede comprometer la eficacia y el mantenimiento de las iniciativas de TRO. Hemos tratado la posibilidad de que la fuerte promoción de los sobres comerciales para uso casero pueda estar contribuyendo indirectamente a la muerte de muchos niños al hacer que las familias gasten en los sobres lo que podrían gastar en comida. La cuestión de si esto está ocurriendo -y en que medida- merece una investigación seria. Esto es particularmente importante porque los sobres están siendo lanzados al mercado y «financiados por los usuarios» cada vez más.

Sin embargo, en las tres Conferencias Internacionales sobre TRO, según nuestros conocimientos, los principales oradores no hicieron referencia al impacto de los gastos familiares en SRO sobre la nutrición de los niños y, en último término, sobre su supervivencia. En cambio, se han hecho numerosos estudios mostrando el negativo impacto sobre la salud de los niños y su supervivencia de los gastos familiares en fórmulas infantiles, comida basura, cigarrillos, tónicos vitamínicos, medicinas innecesarias e incluso fármacos antidiarreicos (véase p. 100).¹¹¹ Pero, de los más de

1.000 artículos publicados sobre TRO,¹¹² ninguno (que nosotros sepamos) compara los precios de los sobres de SRO con los sueldos mínimos de los diferentes países, o investiga las formas mediante las cuales la promoción agresiva de los sobres de SRO puede contribuir a la desnutrición y las muertes infantiles. Tales estudios son necesarios.

¿El fin justifica los medios?

A pesar de su gradual acercamiento a los líquidos caseros, la OMS aún fomenta el uso casero de los sobres de SRO. Reconoce, sin embargo, lo duro que puede llegar a ser para las familias obtener la SRO con tiempo suficiente para prevenir la deshidratación. Así, la OMS ahora subraya que cuando los centros de salud den a las madres los sobres de SRO, además de enseñarles a usarlos, también se les debería enseñar acerca del uso de líquidos caseros. (Sería de ayuda que la OMS insistiese, y los gobiernos exigieran, que los fabricantes de SRO imprimieran instrucciones para el uso de líquidos caseros en todos los paquetes.)¹¹³

Estudios de varios países confirman que las madres muchas veces dan a sus niños la SRO en cantidades inadecuadas para prevenir la deshidratación.¹¹⁴ Un problema común es que los centros de salud tienden a dar a las madres un único sobre de SRO cada vez. Esto es solamente simbólico, puesto que un caso medio de diarrea dura de 5 a 7 días,¹¹⁵ y un niño con diarrea severa puede requerir uno o más litros de líquido de rehidratación por día. Esta práctica de un sobre por visita, junto con la imagen farmacéutica de la SRO (en cuidados sobres de papel de aluminio) ayuda a explicar por qué las madres suelen darla como un tónico medicinal: en pequeñas dosis unas pocas veces al día.¹¹⁶ En tales situaciones, los sobres de SRO pueden a veces causar más deshidratación de la que previenen.

Hay algún indicio -desde dentro del Programa de la OMS para el Control de la Enfermedad Diarreica- de que la debilidad del planteamiento centrado en los sobres no fue totalmente imprevista. En una discusión privada durante la Segunda Conferencia Internacional sobre Terapia de Rehidratación Oral (CITRO 2), un alto funcionario del programa de la OMS criticó a uno de nosotros (David Werner) por exagerar las diferencias entre el planteamiento de la OMS y el de los programas basados en la comunidad. Admitió que los planificadores de la estrategia de la TRO eran conscientes de las ventajas financieras, prácticas y de mantenimiento de la rehidratación casera sobre los sobres de SRO. Pero, argumentó, para ganar el apoyo de los médicos para la TRO, esta debería promocionarse al principio de manera que dejase a los profesionales una cierta cantidad de poder y control. Cuando los problemas del planteamiento basado en los sobres se hicieran evidentes, la terapia casera conseguiría prioridad.

Este asombroso argumento oficial viene a decir que *el fin justifica los medios*. La estrategia que planteó -según la cual los sobres de SRO preparan el camino para la TRO casera, y la creación de dependencia se convierte en un paso hacia la autosuficiencia- no es sólo éticamente problemático, sino una condena a que el tiro salga por la culata.

Y el tiro salió por la culata. Lo que la estrategia no previó fue que los programas para el control de la enfermedad diarreica (incluyendo el de la OMS) se desarrollarían de tal forma en torno a los sobres. A través de los años estos programas han invertido grandes cantidades de dinero en la infraestructura del empaquetado; muchas carreras y reputaciones están ligadas a los sobres. Por otra parte, la privatización de la promoción de la SRO ha transformado una «solución sencilla» en un negocio multimillonario.

Una consecuencia de la entusiasta promoción de los sobres de SRO ha sido debilitar la confianza de la gente en las soluciones caseras. Ahora que la OMS y el UNICEF están intentando dar más importancia a los líquidos caseros y los promotores de salud intentan favorecerlos, la gente se queja de «una solución de segunda clase para ciudadanos de segunda clase». La gente pobre quiere lo mejor para sus niños enfermos y está dispuesta a sacrificarse. Así que continúan caminando largas

distancias y gastando el dinero para comida en obtener los sobres mágicos con su envoltorio plateado. Y sus niños continúan muriendo.

El «éxito» del *marketing*

Muchos planificadores de la salud están de acuerdo en que el principal objetivo de la TRO debiera ser frenar la deshidratación antes de que empiece. Así, las madres deberían comenzar la hidratación oral antes de que se estableciese la deshidratación. Deberían empezar dando a sus niños líquidos caseros y comida, y cambiar hacia los sobres de SRO únicamente cuando los niños mostrasen signos de deshidratación. Por una conclusión lógica, la medida real del éxito de un programa de TRO, esto es, prevención de la deshidratación en casa, debería acompañarse de una reducción de la demanda de paquetes de SRO. De ahí que cuanto más éxito tuviera el programa, más disminuirían la producción y la distribución de los sobres de SRO. En la práctica, esto contradice la perspectiva mercantil sostenida por la OMS; desde su punto de vista, cuantos más sobres se producen, más eficaz es el programa. Y mientras los intereses comerciales tengan la última palabra, inundarán el mercado con tantos sobres como la pobreza pueda soportar.

Por desgracia, el éxito de las estrategias de *marketing* y el de las iniciativas de salud se fundamentan en principios muy diferentes. Por ejemplo, como resultado del «Plan Nacional Revisado para el Tratamiento de la Diarrea» de la India, los publicistas parecen haber diseñado un plan basado en el consumo.¹¹⁷ Así, un estudio que mostraba que las madres exigían medicinas contra la diarrea, así como la propaganda entusiasta que los promotores de salud hacían de los fármacos antidiarreicos, se interpretó como una necesidad de más promoción de la SRO. No se pensó en la necesidad de una educación más eficaz de madres y promotores de salud sobre el uso limitado y sensato de las medicinas. Con el clásico planteamiento oportunista, los autores del estudio propusieron hacer uso de estas creencias populares mal entendidas promocionando la SRO como una medicina. Como parte de esta táctica, los autores recomendaban reforzar la creencia incorrecta sostenida por muchas madres de que la SRO frena la diarrea. Después de todo, argumentan, «la promoción más amplia de [...] las propiedades curativas [de la SRO] puede esperarse que lleve no sólo a un mayor uso, sino también a una mayor satisfacción.»¹¹⁸ En vez de corregir las ideas equivocadas de la gente pobre, esta estrategia se aprovecha de ellas. En lugar de corregir la noción de que las medicinas y productos comerciales siempre son necesarios para curar a sus niños, este planteamiento refuerza y se beneficia de ideas perjudiciales.

El último argumento en defensa de la intensa promoción de la SRO apunta al «éxito» de los esfuerzos publicitarios; los estudios ahora muestran que las madres de los niños enfermos quieren *medicina*, y no están satisfechas hasta que la obtienen. Las madres tienden a considerar a las otras opciones de tratamiento (especialmente los remedios caseros) como de segunda clase, y es más probable que acepten la SRO -presentada como una medicina- que las bebidas de rehidratación caseras. Aunque la SRO cuesta más, argumentan los comerciantes, es mejor que las madres gasten un poco en SRO a que gasten mucho en fármacos antidiarreicos ineficaces o peligrosos.

Este argumento, sin embargo, contiene los mismos fallos que el propuesto por los autores de *Diarrea en la India Rural*. Trata de justificar una estrategia que se aprovecha de las ideas equivocadas de los pobres en lugar de ayudar a disipar esas ideas. En vez de ayudar a romper el hábito de malgastar el dinero para comida en productos innecesarios, lo estimula.

Si, en cambio, se ayudase a la gente pobre a entender las necesidades reales de los niños con diarrea aguda, serían más capaces de satisfacer esas necesidades con sus propios recursos sin apenas coste. El conocimiento y la confianza que adquirirían haciéndolo también les capacitaría para luchar contra otras cuestiones y, en último término, atacar las causas fundamentales de su pobreza y falta de salud. Como parte de un proceso más amplio de reivindicación de sus derechos, el pueblo debe exigir que los funcionarios de salud y otras autoridades dejen de engañarles y comiencen a contarles la verdad. A largo plazo, esta clase de acción firme es más eficaz para promover la salud y el bienestar de los niños de lo que podrá ser nunca la TRO sola. Los trabajadores de la salud (e instituciones) pueden tanto ayudar en este proceso como frenarlo.

A no ser que los estrategias del *marketing* social cambien sus ideas de forma radical, los planificadores de la salud deberían pensárselo dos veces antes de reclutarlos. Uno de los inconvenientes de las tácticas comerciales de promoción es que muchas veces sacrifican o deforman la verdad. Creemos que las metas de aumentar la supervivencia infantil y la calidad de vida no pueden avanzar a través del engaño; la concienciación es al final más eficaz que el lavado de cerebro.



La solitaria postura de Zimbabwe por la autosuficiencia

Zimbabwe es uno de los pocos países pobres que ha rechazado seguir las pautas de la OMS/UNICEF para los sobres de SRO. Los planificadores del nuevo Ministerio de Salud, comprometidos por unos servicios más equitativos, previeron algunas de las dificultades que hemos debatido y rehusaron promocionar el uso de los sobres industriales de SRO, incluso en centros de salud. Argumentaron que *si las madres deben hacerse autosuficientes en el tratamiento casero de la diarrea, uno de los mejores lugares para que aprendan a preparar y dar una solución casera es el centro de salud. Podrían salvarse más vidas si los centros de salud usaran los mismos métodos caseros de mezcla que se anima a las madres a usar en casa.* De esta manera, la visita de la madre a un puesto de salud se convierte en una oportunidad de enseñar métodos caseros, en lugar de debilitar la confianza de la madre en estos métodos caseros al exponerla a una alternativa medicalizada, más costosa y menos accesible.

La OMS y el UNICEF han presionado a Zimbabwe para que acomode su política a sus posturas a favor de los sobres.¹¹⁹ Estas agencias han llegado a enviar cargamentos no solicitados de SRO a varios hospitales comunitarios. Por fortuna, los hospitales los rechazaron. Aceptándolos no sólo se habría debilitado el planteamiento más eficaz de Zimbabwe, sino que también podrían haber peligrado vidas infantiles con soluciones que eran demasiado saladas, dado que los sobres se prepararon para mezclarse con un litro cuando el recipiente habitual usado para mezclar TRO en Zimbabwe es una botella de 750 ml.

Incluso la OMS ha tenido que admitir que el programa para el control de la diarrea de Zimbabwe ha sido extraordinariamente exitoso; su evaluación de 1992 encontró que el programa había conseguido «tasas de uso de TRO

extraordinariamente altas».¹²⁰ La evaluación atribuyó en gran parte este éxito a la importancia dada en Zimbabue a las preparaciones caseras.¹²¹ Sin embargo, el debate continúa, y parece que Zimbabue está cediendo a la presión. Una reciente revisión del Programa de Zimbabue recomienda la fórmula completa de SRO -hecha como un suero por la farmacia del hospital-para las personas deshidratadas hospitalizadas.¹²²

*En un reciente estudio de Jamaica, «un 63% (165) de los responsables de los niños gastaba entre 1 y diez dólares jamaicanos en el transporte para ir a la clínica, un 57% (149) gastaba entre 1 y diez dólares en tentempiés mientras viajaban y esperaban, y otros perdían su salario del día o tenían que pagar a un cuidador para los niños que quedaban en casa. Dados estos costes, los tutores tenían una buena razón económica para acudir a una tienda cercana y comprar en su lugar un sobre de Sal de Epsom (un purgante) parecido a los de SRO.»

Cuestiones Polémicas que Afectan al Éxito de Iniciativas sobre TRO

Hemos revisado en el capítulo anterior algunas de las principales cuestiones que afectan a las políticas y a la práctica de la rehidratación oral. Nos hemos centrado en el debate sobre el uso de sobres de SRO y de TRO elaborada en casa. Ahora, en este capítulo, para mostrar cómo la toma centralizada de decisiones desde arriba pueden echar por tierra los programas ideados para beneficiar a los sectores más marginados, examinaremos brevemente algunas otras cuestiones polémicas acerca de la TRO, entre las que se incluyen:

- [Poco uso de la TRO y uso excesivo de las medicinas](#)
- ¿Qué implica un nombre? [mistificación frente a desmistificación](#)
- ¿[Solución sencilla o medicina mágica?](#)
- «Hierva el agua» y otros [mensajes de salud mal concebidos](#)
- [Errores graves con la fórmula: ¿Cuánta sal?](#)
- Últimas [directrices de la OMS sobre líquidos caseros](#)

Al analizar cada uno de estos puntos, mostraremos cómo las posiciones que han tomado los intereses comerciales y los planificadores de las líneas políticas predominantes han sido a menudo inapropiadas y contraproducentes. Veremos también cómo y por qué los políticos han llegado a estas posiciones.

Poco uso de la TRO y uso excesivo de las medicinas

La medicalización y mistificación de terapias sencillas, motivadas por la búsqueda de beneficios económicos personales, es un hecho tan común en los países pobres como en los ricos. En algunos casos, los médicos siguen abusando de la terapia intravenosa para la diarrea porque son reacios a replantearse sus ideas fosilizadas. El inadecuado tratamiento de la TRO en muchos textos médicos también es un factor a tener en cuenta.¹²³ En otros casos, la resistencia de los médicos a cambiar puede relacionarse con cuestiones de poder, prestigio y lucro. Al seguir usando una tecnología relativamente sofisticada y prescribiendo medicación innecesaria, mantienen su control monopolístico sobre uno de los padecimientos más frecuentes del mundo. Joshua Ruxin dice esto acerca del poco uso de la TRO por parte de los médicos de los Estados Unidos:

«La tremenda y persistente ignorancia del colectivo médico occidental [...] sobre la TRO es portentosa. Aunque su rechazo a propugnar la TRO puede ser debida en parte a la noción de que la TRO sólo es necesaria en el mundo subdesarrollado, sus acciones parecen estar guiadas también por consideraciones financieras. La mayoría de los hospitales no entrenan a los facultativos en el uso de la TRO por no tener motivos financieros para hacerlo. El uso de terapia intravenosa, que la mayoría de las veces implica mantener al niño deshidratado ingresado una noche, asegura el máximo

reembolso de las aseguradoras. El hecho de mandar al niño para casa con TRO haría desaparecer estas ganancias.»¹²⁴

En Latinoamérica el uso excesivo e incorrecto de la terapia intravenosa (IV) no se limita sólo a la diarrea. Muchos médicos (ya sean del sector público o privado), además de un variopinto ejército de *médicos practicantes* (curanderos), todavía administran de forma rutinaria soluciones IV de dextrosa para una gran variedad de procesos, desde la anemia y el asma hasta el envejecimiento. En los pueblos mexicanos la gente habla con reverencia de estas soluciones IV, habitualmente mal utilizadas, como *vida artificial*. Una familia pobre cuyos miembros aptos para trabajar estén débiles por la desnutrición a menudo pagará el sueldo de dos semanas por medio litro de agua azucarada IV con la creencia de que esto les devolverá la energía y salud perdidas. En algunos casos, les proporcionará un alivio transitorio, pero con un elevado riesgo y coste económico. Es una práctica tan extendida que el equipo local de salud del Proyecto Piaxtla (México) ha usado el teatro campesino para desmistificar la *vida artificial* y advertir al público contra su uso. (Para más información sobre el proyecto Piaxtla, vea el capítulo 19.)¹²⁵

Abuso y mal uso de las medicinas contra la diarrea

El persistente abuso de la terapia IV en el tratamiento de la diarrea por parte de los médicos va paralelo al continuo abuso y mala utilización de las medicinas.¹²⁶ Tanto la OMS como el UNICEF afirman claramente que no se necesita ninguna medicina para la mayoría de los casos de diarrea, y muchos medicamentos pueden producir más daño que beneficio. La OMS estima que sólo es necesario el tratamiento antibiótico en uno de cada veinte casos de diarrea infantil.¹²⁷



En todo el mundo, la terapia con fármacos es todavía el tratamiento más prescrito por los médicos y más demandado por los enfermos. En muchos países, los antibióticos -a menudo vendidos sin receta- son parte del tratamiento estándar de casi todos los casos de diarrea. Las compañías farmacéuticas multinacionales explotan este mal uso de las medicinas colocando en el mercado cientos de productos irracionales (véase p. 100). Los fármacos se utilizan de 2 a 4 veces más que las SRO, y es habitual la prescripción de cuatro o más medicamentos.¹²⁸ Un estudio

reciente de la OMS en Egipto -cuyo programa antidiarreico está considerado como un modelo de éxito- muestra que las SRO se usaron en un 23% de casos de diarrea frente al 54% para las medicinas.¹²⁹



Los antibióticos no son efectivos contra muchas de las causas comunes de diarrea (como las infecciones por virus), y pueden alterar seriamente la flora bacteriana intestinal, exacerbando o prolongando la diarrea. Las diarreas infecciosas que precisan tratamiento antibiótico o antiparasitario (p. ej. las causadas por *Shigella* o amebas), representan sólo un 10% de los casos de diarrea infantil.

Entre las medicinas mal utilizadas contra la diarrea también se incluyen los antidiarreicos o «inhibidores de la motilidad». Antidiarreicos como el hidrocloreuro de difenoxilato con sulfato de atropina (*Lomotil*) o caolín con pectina (p.ej. *Kaopectate*), disminuyen la actividad del intestino o espesan las heces. Al ser muy utilizados para aliviar las molestias de la diarrea, este tipo de remedios pueden prolongar la infección y enmascarar los signos de deshidratación.¹³⁰

La OMS, todo hay que decirlo, ha tomado postura en contra del uso irracional de las medicinas

antidiarreicas. En 1990 publicó un manual sobre *El Uso Racional de Fármacos en el Manejo de la Diarrea Aguda Infantil*,¹³¹ recomendando que se reduzca la disponibilidad de algunas de las medicinas más inútiles y dañinas o bien sean eliminadas del mercado.¹³² La OMS advierte de que las drogas más usadas para la diarrea -incluyendo hidrocloreuro de difenoxilato, caolín y pectina, loperamida, estreptomocina, neomicina, hidroquinoleínas (quinolonas), sulfonamidas no absorbibles, carbón activado y silicatos de aluminio y magnesio- «no tienen ningún papel en el tratamiento de la diarrea aguda de los niños».¹³³ La guía de la OMS afirma claramente que «los fármacos antidiarreicos [...] nunca deberían ser usados» ya que «ninguno ha demostrado tener utilidad y algunos son peligrosos».¹³⁴

Todavía más dañino es el peligro que surge de lo que la gente pobre gasta en estas medicinas -muchas veces en lugar de gastarlo en comida-. Muchas de estas medicinas son vendidas a padres pobres que están dispuestos a gastar hasta su último centavo para salvar a sus hijos de morir por la diarrea. Según la OMS «se calcula en más de mil millones de dólares el gasto anual en medicinas antidiarreicas, muchas de las cuales son inútiles o dañinas, cuando todo lo que se necesita en la mayoría de los casos es una TRO sencilla y barata.»¹³⁵

Como respuesta a esta creciente crítica a las medicinas antidiarreicas inapropiadas, unas pocas compañías farmacéuticas han retirado sus productos menos defendibles. No obstante, la industria farmacéutica continúa haciendo un provechoso negocio en la mayoría de los países del Tercer Mundo, donde permanece en el mercado una gran cantidad de marcas de antidiarreicos. Aprovechando el hecho de que la diarrea continúa siendo un problema sanitario muy extendido y amenazador para la vida en los países en desarrollo, los médicos, farmacéuticos y vendedores callejeros venden cerca de 400 antidiarreicos distintos al año por valor de unos 150 millones de dólares.¹³⁶ Unos 350 millones de dólares en fármacos antidiarreicos son vendidos cada año sólo por los principales fabricantes occidentales, de los que una tercera parte van al Tercer Mundo.¹³⁷ En general, cuanto más pobre es un país (según su PNB per cápita), mayor es el gasto per cápita en estas medicinas.¹³⁸

UNICEF reconoce que:

«Incluso para los médicos que han comenzado a utilizar la TRO `desengancharse de las medicinas' es difícil. Es más, muchos de ellos prescriben conjuntamente TRO y medicinas, desviando la atención de la madre de la necesidad de dar al niño bebida y alimentos, y minando la credibilidad y eficacia de la rehidratación oral. La terapia correcta no ha sustituido a la mala terapia, simplemente se ha unido a ella.»¹³⁹

*El abuso continuado por parte de los médicos de los fluidos IV y productos farmacéuticos en el tratamiento de la diarrea aguda es uno de los principales obstáculos para la adecuada promoción de la TRO.*¹⁴⁰

¿Qué implica un nombre? mistificación frente a desmistificación

Vivimos en una era de información de alta tecnología. Como ya hemos comentado anteriormente, el último director ejecutivo del UNICEF, James Grant, lamentaba el hecho de que «es vergonzoso lo poco que se sabe sobre cómo comunicar la información más valiosa para los pobres».¹⁴¹ En ningún campo de la comunicación se han hecho las cosas tan torpemente como con el lenguaje que eligieron los expertos para popularizar la TRO. Incluso los tres términos latinos que forman su nombre -*terapia, rehidratación y oral*- son palabras poco familiares para gente con poca educación formal (en cualquier idioma). ¿No podrían captar la idea más fácilmente y hacerla suya si adaptamos nuestro lenguaje al de ellos? En lugar de hacer sentirse a la gente ignorante e inferior al introducir un término tan poco familiar como Solución de Rehidratación Oral, ¿por qué no hablar simplemente de una «bebida especial para reponer líquidos»?

Pero, en lugar de simplificar, los eruditos de la salud pública enturbiaron más el tema al introducir una gran cantidad de abreviaturas: TRO para *terapia de rehidratación oral*, SRO para *soluciones o sales de rehidratación oral* (referidas específicamente a los sobres de «fórmula completa» de la OMS), SAS para *solución de azúcar y sal* hecha en casa, TRO-BC para *terapia de rehidratación oral basada en cereales* y así sucesivamente.

Para rematarlo, los expertos de Ginebra comenzaron a llamar *sachets* a los sobres de SRO de papel de aluminio. Este término francés se utilizó en las instrucciones en inglés que se imprimieron para los cuidadores, muchos de los cuales tenían mínimos conocimientos del inglés. Los educadores de base se quejaron durante años de este obstáculo lingüístico innecesario y esnob, hasta que por fin la OMS y el UNICEF comenzaron a hablar de estos envoltorios como «sobres».

Los antropólogos C. MacCormack y A. Draper, en un estudio de Jamaica, descubrieron que la mistificación de la TRO era un obstáculo importante para la comprensión y el uso correcto de los métodos de rehidratación:

«Las enfermeras hacían notar su *status* profesional utilizando palabras como 'electrolitos' para explicar la terapia, por lo que no sorprende que el 52% de los asistentes que acababan de oír la charla de la enfermera no tuvieran ninguna idea -correcta o incorrecta- de lo que eran las 'sales' [de rehidratación] [...] Se dijo a la gente que nunca utilizara las terapias tradicionales (que entendían y sabían preparar en casa) y, además, se les hizo dependientes de servicios médicos a cargo de personal 'cualificado' con conocimientos secretos.»¹⁴²

¿Solución sencilla o medicina mágica?

El uso de un lenguaje medicalizado y desconcertante en la presentación de la TRO al público en general puede no haber sido del todo accidental. Como hemos visto, los médicos se resistieron a cambiar de la terapia IV a la oral. Este cambio representaba un avance hacia la desmistificación y desmedicalización del tratamiento de la diarrea. Era un cambio que ponía parte de la atención de salud en manos del pueblo, una cesión del control por parte de los médicos. Una forma de mantener el control sobre el nuevo tratamiento era recubrirlo de misterio médico.

Por ejemplo, muchos doctores se han mostrado partidarios de un planteamiento altamente medicalizado de la TRO, insistiendo en un producto estrictamente controlado con medidas precisas e ingredientes depurados. Pero este hincapié en la precisión de las medidas tiene poco sentido. Después de todo, los expertos difieren mucho en la fórmula ideal de la SRO; algunos recomiendan hasta el doble de azúcar o sal que otros. Esto no quiere decir, desde luego, que la relativa precisión de la composición no sea importante. Aunque hay un rango amplio de proporciones aceptables, demasiada sal o azúcar pueden ser peligrosos, como veremos en el punto 4 más adelante.

Además, los estrategas de la TRO han discutido acaloradamente sobre si la SRO debería promocionarse como un simple alimento (o bebida especial) o como una medicina. Los expertos en *marketing* social apuntan que los padres quieren «medicinas fuertes» para sus niños enfermos.¹⁴³ No es fácil convencer a los padres (o a los médicos) de que la sal común, el azúcar y las comidas caseras pueden ser tan eficaces como las medicinas de fábrica. Si lo que quiere es vender la TRO, argumentan, mejor preséntela como una medicina. Empaquétela en sobres brillantes y llámelos *sachets*. Llame a los ingredientes por su nombre químico, no por su nombre común -*cloruro sódico* en lugar de sal, *bicarbonato sódico* para el carbonato y *glucosa* para el azúcar común-. Impresione al pueblo. Presentar la SRO como una nueva medicina prodigiosa, dicen, es el camino más rápido para que la gente compre la idea.

La medicina milagrosa de Piaxtla: un gran error

Yo (David Werner) me avergüenzo al decir que la línea anterior de razonamiento fue más o menos

la que tomamos, hace ya 30 años, mis compañeros promotores de salud y yo en el Proyecto Piaxtla (México), cuando comenzamos a promover lo que más tarde se llamó terapia de rehidratación oral. Al ver que las madres se resistían a dar a sus hijos enfermos sólo una bebida casera hecha con ingredientes comunes, decidimos engañarles: «¡Queréis medicina, os daremos medicina!» Empezamos a empaquetar cantidades medidas de azúcar, sal y carbonato en pequeñas bolsas de plástico. Incluso añadimos un poco de colorante de fresa para darle un aspecto rojizo, de modo que pareciera una medicina. La promocionamos como la «*Medicina Milagrosa de Piaxtla*».

Solamente poco a poco, trabajando codo a codo con las gentes del lugar, comenzamos a darnos cuenta de nuestro error. La población a la que atendíamos está desperdigada por cientos de millas de terreno montañoso. Durante la época de lluvias (cuando más niños mueren de diarrea), los ríos se desbordan y el acceso a los puestos de salud se ve impedido. Al hacer creer a la gente que la rehidratación oral funcionaba mejor con una «medicina especial», les estábamos impidiendo que conocieran y fueran capaces de tratar la diarrea de forma eficaz en sus propios hogares. Les estábamos haciendo dependientes de nuestros servicios y productos, en lugar de animarles a ser autosuficientes. Poco a poco comprendimos que, aunque la Droga Milagrosa del Proyecto Piaxtla era técnicamente segura y eficaz, en el contexto social en el que trabajábamos se estaba haciendo peligrosa. Los conceptos erróneos y la dependencia que había creado se estaban cobrando vidas humanas. Necesitábamos una alternativa que desmistificara la tecnología y la pusiera en manos del pueblo, de forma que pudieran tratar la mayor parte de los casos de diarrea infantil en sus propias casas, sin tener que depender de medicinas y servicios fuera de su alcance.



Hacer este cambio no fue fácil. Pero, afortunadamente, éramos un pequeño programa que no tenía grandes inversiones, ni económicas ni políticas, en nuestra nueva «medicina milagrosa». Nuestro objetivo primordial era ayudar a la gente a cubrir sus necesidades, así que reunimos fuerzas y admitimos abiertamente que nos había salido el tiro por la culata con nuestro truco publicitario para la TRO. Dijimos a la gente lo que había en las bolsas y les pedimos perdón por engañarles con el colorante. Durante los años siguientes colaboramos con ellos para desarrollar métodos sencillos y didácticos que ayudaran a los padres, y a los niños que iban a la escuela, a entender con claridad todo lo relacionado con la deshidratación y la rehidratación. Tratamos de desmistificar todo el proceso, de forma que las familias pudieran darse cuenta de la importancia de dar a sus hijos con diarrea gran cantidad de comida y bebida. Les ayudamos a entender por qué una simple solución casera puede ser más eficaz que perder tiempo y dinero haciendo un largo camino para conseguir medicinas innecesarias.

Para los padres que sabían leer y escribir, o que tenían hijos que sabían, empezamos a hacer hojas sencillas e ilustradas explicando cómo preparar y dar correctamente una bebida especial para la diarrea. Estas hojas fueron incluidas en nuestro manual de cuidados de salud para campesinos *Donde No Hay Doctor*. También se desarrollaron diversas técnicas de enseñanza práctica *basada en el descubrimiento*. (Estos y otros métodos didácticos sobre la TRO se explican con más detalle en el libro *Aprendiendo a Promover la Salud*.¹⁴⁴)

En todo el mundo muchos programas basados en la comunidad han llegado a la misma conclusión que el Proyecto Piactla, y han tratado de desmistificar y desmedicalizar la rehidratación oral, dejando en la medida de lo posible la tecnología en manos del pueblo. Sin embargo, todavía son muchos los programas gubernamentales que presentan la TRO como una «medicina» prefabricada. Esta «farmaceutalización» de una solución tan sencilla ha llevado a muchísima confusión y a su uso incorrecto.¹⁴⁵ Por ejemplo, las madres a las que se ha llevado a pensar que la TRO es una medicina, a menudo dan a sus hijos «dosis» que son demasiado pequeñas y espaciadas en el tiempo como para ser eficaces.¹⁴⁶

La mistificación de la rehidratación oral al llamar a los sobres de SRO «sales de rehidratación oral» ha provocado en Jamaica una confusión que puede cobrarse vidas humanas. Tradicionalmente algunas personas han usado Sal de Epsom y Sal de Andrews (ambos son laxantes hechos de sulfato de magnesio) para limpiar el intestino de las personas con diarrea -una peligrosa práctica que ha ido perdiendo popularidad-. Sin embargo, la promoción de las «sales de rehidratación oral» condujo a la gente a volver a utilizar estas sales como sustituto de las SRO. La gente prefería comprar los laxantes en el puesto de la esquina a tener que hacer un largo viaje hasta el puesto de salud y hacer allí cola durante horas por un solo sobre de SRO. Quizá si el nombre medicalizado de *sales de rehidratación oral* fuera sustituido por otro término como *bebida especial para la diarrea* o cualquier otro que lo desmistificara, las madres tendrían menos posibilidades de confundirla con medicinas o laxantes -y hubieran muerto menos niños.¹⁴⁷



«Hierva el agua» y otros mensajes de salud mal concebidos

Una de las razones por las que los que formulan los mensajes de educación para la salud fallan a menudo en su objetivo es que viven en un mundo diferente al de aquellos a los que dirigen sus mensajes. Tienden a hacer un planteamiento médico-científico-tecnológico del problema y de sus soluciones, olvidándose de la situación real en la que vive la gente y las poderosas coacciones a las que se enfrentan.

Un buen ejemplo de ello es la advertencia a las madres de *hervir siempre el agua* que usan para las bebidas de rehidratación oral. Este mensaje fue el consejo habitual por todo el mundo -hasta que alguno de los «expertos» escuchó lo que las madres tenían que decir-. Entonces se dieron cuenta de que el mensaje de hervir el agua podía en realidad causar más muertes infantiles de las que prevenía, por dos razones:

- *Hervir el agua lleva tiempo*: las mujeres tiene que caminar a menudo durante horas para recoger la leña o el estiércol de vaca que usan como combustible. También lleva tiempo calentar el agua y, finalmente, el agua tiene que enfriar, lo que lleva aún más tiempo. Sin embargo, un niño con diarrea grave necesita líquido *ahora*. El retraso que supone hervir el



agua *aumenta el riesgo* de deshidratación, lo que puede pesar más que el beneficio de hervir. Después de todo, el niño con diarrea probablemente ya ha estado expuesto a cualquier infección que pudiera contraer del agua sin hervir. En resumen, en muchos casos hervir el agua es innecesario y puede ser peligroso.¹⁴⁸

- *Hervir el agua cuesta dinero*: en muchas comunidades pobres el combustible es caro con relación a sus ingresos. Debido al tiempo y al gasto que acarrea, algunas madres no harán la bebida especial si se les dice que deben hervir el agua. Otras podrían gastar el dinero de la comida en conseguir más combustible, a expensas de la nutrición de sus hijos.¹⁴⁹

En lugar de decirles a las madres que deben hervir el agua siempre que vayan a hacer una bebida de rehidratación, es mejor decirles «¡Preparen la bebida rápidamente! Usen el agua más limpia que tengan a mano. Si tienen agua que ya ha sido hervida o filtrada, úsenla. Pero *no pierdan tiempo hirviendo agua* cuando su hijo tiene diarrea grave.» (Hay, por supuesto, excepciones a esta recomendación; por ejemplo en algunos asentamientos de *squatters* donde toda el agua viene de conducciones de «aguas negras», toda el agua debería ser previamente hervida.)

Aunque esta nueva advertencia de «use el agua más limpia que encuentre» está ampliamente aceptada, incluyendo a la OMS y al UNICEF, en muchos países los educadores de salud y el material educativo aún continúan diciendo a las madres que «deben hervir siempre el agua». Para millones de familias cuyos hijos se encuentran en una situación crítica, este consejo puede ser mortal.

Otros mensajes erróneos

Hay abundantes ejemplos de mensajes bienintencionados sobre salud que en la práctica se muestran ineficaces o incluso contraproducentes. Por ejemplo, en el número de noviembre de 1992 de *The Prescriber* (El Prescriptor) -publicado por UNICEF en cooperación con la Convención de Farmacopea de Estados Unidos- en un artículo titulado «Manejo de la Diarrea Aguda: La Manera Apropiable» aparece en grandes letras: «Solución de SRO: El líquido recomendado para la diarrea y su prevención.»¹⁵⁰ Lo que quiere decir, desde luego, es «...para la *deshidratación* y su prevención». Este peligroso descuido es inaceptable. Para añadir credibilidad a este error, el artículo se acredita como «preparado por el Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica-Organización Mundial de la Salud-Ginebra».¹⁵¹ Errores como éste son a menudo amplificadas por otras fuentes normalmente fiables, como cuando el Instituto Worldwatch, en su informe de abril de 1996 sobre enfermedades infecciosas, afirma que «las SRO son útiles para prevenir y tratar la diarrea».¹⁵² Todo esto lleva a que no sorprenda la afirmación de Arturo Quispe, un pediatra de Ecuador, cuando afirma que las familias pobres estaban dando SRO a sus niños sanos para *prevenir* el cólera.

Una promoción demasiado entusiasta de las SRO como «medicina milagrosa» en Pakistán llevó a una situación donde muchas madres (un 15%) estaban dando SRO a niños que no tenían diarrea en mayor proporción que a los que tenían diarrea (11%). La razón dada por las madres fue que «la SRO es buena para la salud del niño, sobre todo en verano.»¹⁵³ Si las familias pobres gastan su escaso dinero en SRO en lugar de en comida, las SRO -lejos de ser buenas para la salud del niño- podrían contribuir a su desnutrición, y causar así un aumento de la incidencia y gravedad de la diarrea y del riesgo de muerte.

Errores graves con la fórmula: ¿Cuánta sal?

Incluso las soluciones técnicamente acertadas pueden ser desastrosas socialmente -como ya hemos visto con el consejo de hervir el agua basándose en criterios bacteriológicos-. Sin embargo, hay veces en las que la propia tecnología tiene defectos que derivan de no analizar los factores críticos desde una perspectiva comunitaria. Las SRO son un ejemplo de ello. La fórmula de la OMS fue desarrollada y probada por médicos, químicos y personal altamente cualificado. Sin embargo, la

fórmula de SRO de la OMS -al menos para uso comunitario- puede ser menos eficaz y segura que algunas fórmulas alternativas que se están usando en la actualidad. Uno de los inconvenientes de la fórmula estándar de la OMS es su *contenido en sal relativamente alto*. Incluso la propia OMS admite que esto puede ser peligroso para ciertos niños pequeños y desnutridos.¹⁵⁴ Pese a que la reducción del contenido en sal de la «fórmula completa» estándar de la OMS podría suponer una rehidratación más segura y efectiva, la OMS sigue retrasando el momento de cambiar la «fórmula estándar». (Un ensayo multicéntrico, auspiciado por la OMS, con un contenido más bajo en sodio está actualmente en marcha. Véase página siguiente.)

<p>Cuándo usar otras drogas para las enfermedades diarreicas: La gran mayoría de los pacientes que acuden a un centro de salud u hospital puede ser tratado con éxito usando Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y alimentación continuada. Los antibióticos y antiparasitarios no deben nunca darse de manera rutinaria. Las enfermedades para las cuales deberían emplearse antimicrobianos son enumeradas más abajo, y las medicinas recomendadas pueden encontrarse en las Tablas 1 y 2.</p> <p>(información publicada en <i>The Prescriber</i>)</p>	<p>Solución SRO: El líquido recomendado para la diarrea y su prevención</p>
--	---

En un principio, el contenido de sal de las SRO se basó en su uso como soluciones intravenosas. En estas soluciones -que van directamente al torrente sanguíneo- las concentraciones de moléculas (osmolaridad) de sal y de otros ingredientes debían ser lo más parecidas a las de la sangre (es decir, isotónicas). En cambio, para las soluciones de rehidratación oral, esta cantidad tan elevada de sal suele ser innecesaria -y, además, conlleva riesgos adicionales-. Beber una solución con una concentración de sal más elevada que la de la sangre (una solución hipertónica) podría sacar agua desde la sangre hacia el intestino por un proceso de ósmosis, con lo que aumentaría tanto la diarrea como la deshidratación. Además, una solución hipertónica en sal tiende a provocar el vómito. Por todas estas razones, se precisa un gran cuidado para no pasarse de la cantidad de sal recomendada en la fórmula de la OMS (y no mezclar el sobre de SRO con una cantidad de agua menor de la indicada).

Gráfico 2-4. Fórmulas de SRO de la OMS

De 25 Años de SRO: Encuentro Consultivo sobre Formulación de las SRO, OMS/ICDDR.

Componente	Fórmula completa actual OMS/UNICEF de SRO (en milimoles por litro)	Nueva fórmula propuesta de baja osmolaridad (en milimoles por litro)
Glucosa	111	75
Sodio (Na)	90	75
Cloro (Cl)	80	65
Potasio (K)	20	20
Citrato	30	10
Total	331	245

Otra razón por la cual el contenido en sal de las SRO es más elevada de lo que sería necesario o deseable es que la SRO se desarrolló originalmente para rehidratar a enfermos de cólera.¹⁵⁵ En el cólera, las pérdidas de sales suelen ser mayores que en otras formas de diarrea. Por eso, para evitar la pérdida de sodio, los científicos pusieron tanta sal en la fórmula de SRO como consideraron

fisiológicamente soportable. Mientras que un contenido relativamente alto de sal puede ser apropiado para el cólera (lo que también está siendo cuestionado), es evidente que los otros tipos de diarrea no requieren tanta sal.¹⁵⁶ Soluciones con una cantidad tan pequeña como un tercio de lo indicado por la OMS parecen funcionar igual de bien cuando se comienza la rehidratación antes de que aparezca la deshidratación.¹⁵⁷ Puesto que el cólera es responsable de una cantidad relativamente pequeña de los casos de diarrea en niños, a mediados de los 80 muchos expertos en salud empezaron a recomendar menores cantidades de sal.¹⁵⁸

Un argumento pragmático a favor de un menor contenido en sal es que, como han demostrado diversos estudios en varios países, *las madres suelen mezclar los sobres de SRO con una cantidad insuficiente de agua*, lo que conduce a una solución peligrosamente salada.¹⁵⁹

A diferencia de la OMS, muchos programas que trabajan junto a la comunidad han ajustado su fórmula casera para permitir un amplio margen de error. Por la misma razón, en nuestro manual *Donde No Hay Doctor* recomendamos media cucharadita de sal por litro -casi la mitad de lo que recomienda la fórmula de la OMS-.¹⁶⁰ Este bajo contenido en sal fue criticado al principio por expertos en medicina, pero cada vez más estudios confirman su efectividad y su mayor seguridad.^{*/161}

Se postuló entonces que una menor concentración de sal podría hacer a la SRO más eficaz para reducir el volumen de heces y la duración de la diarrea. Para investigar esto, se llevó a cabo un estudio multicéntrico en cuatro países (Brasil, India, México y Perú) comparando la fórmula estándar de la OMS (311 milimoles/litro) con una SRO de baja osmolaridad (225 milimoles/litro). Se encontró que la rehidratación ocurría más rápido en la solución menos concentrada respecto a la solución de la OMS, y que la duración media de la enfermedad se reducía en un 18%.¹⁶²

Reduciendo el contenido de sal y la osmolaridad de la «fórmula SRO estándar» de la OMS-UNICEF

Finalmente, en respuesta a la creciente preocupación porque el contenido en sal (osmolaridad) de la fórmula SRO estándar es demasiado alto (y en respuesta al creciente interés en la TRO basada en cereales, véase p. 70), la OMS, junto con el Centro Internacional de Investigación de Enfermedades Diarreicas de Bangladesh (ICDDR,B), organizó una reunión consultiva sobre la fórmula de la SRO. En diciembre de 1994, un equipo internacional revisó en Dhaka (Bangladesh) siete ensayos controlados en países subdesarrollados, y encontró que:

- Una solución con una cantidad reducida de azúcar (glucosa) y sal era significativamente más eficaz que la SRO estándar.
- En el tratamiento del cólera la solución menos concentrada redujo el volumen de heces alrededor de un 15%, y disminuyó la necesidad de fluidos IV (*i.e.* la incidencia de deshidratación avanzada) en un 33%.
- En el tratamiento de la diarrea aguda no colérica, se redujo el volumen de heces un 25% en las primeras 24h, y la necesidad de fluidos IV en un 33%.
- En niños no alimentados por leche de pecho, la SRO de menor concentración redujo el riesgo de deshidratación severa (la necesidad de fluidos IV) en un 50%.

La OMS concluyó que los resultados fueron suficientemente convincentes como para recomendar que una «formulación de SRO de osmolaridad reducida» sea seleccionada y evaluada. La nueva formulación reducirá el contenido tanto de glucosa como de sal en un 25%, pasando la osmolaridad de 331 mmls/L a 245 mmls/L.¹⁶³

Queda todavía por ver cuánto tiempo pasará hasta que la OMS y el UNICEF revisen oficialmente la fórmula estándar de forma que la SRO pueda combatir la deshidratación de forma más eficaz y salvar más vidas de niños. Una cuestión que todavía no ha sido confirmada es si la solución

estándar casera de azúcar y sal (SAS), cuando se hace con menos sal que la fórmula estándar de SRO, es más eficaz para combatir la deshidratación y reducir el volumen de heces que la SRO estándar (de alto contenido en sal). Es bastante posible que sí. Se necesita más investigación sobre este tema, pero hasta donde nosotros sabemos todavía no se ha iniciado.

Últimas directrices de la OMS sobre líquidos caseros

En sus más recientes líneas maestras para el tratamiento precoz de la diarrea en el hogar, la OMS ha cambiado completamente su política. Se da menos importancia a las bebidas de rehidratación preparadas especialmente y, en su lugar, la OMS recomienda simplemente que a los niños con diarrea se les den «más líquidos de lo habitual» y «gran cantidad de comida».¹⁶⁴ Se sugiere una variedad de «líquidos caseros recomendados» (LCRs), pero la atención se centra en la cantidad más que en la calidad.

Mientras la OMS se aleja de la idea de que poner el acento en los sobres es la mejor opción, muchos críticos creen que las nuevas recomendaciones han ido demasiado lejos. Sugieren que la OMS está abandonando la búsqueda de una mezcla casera altamente eficaz y fiable, como se evidencia con la lista tan imprecisa de LCR; ésta incluye cualquier bebida casera que haya a mano, con o sin sal, con o sin azúcar o almidón. Se hace poco para asegurar que el contenido en sal y carbohidratos consiga una rehidratación eficaz. El Dr. William Greenough (que ha encabezado durante años las investigaciones sobre TRO), al comparar las bebidas de rehidratación oral basadas en cereales con la SRO, afirma que:

«Está claro que los sueros caseros bien hechos (no lo que la OMS llama líquidos caseros) son igual de eficaces [que la SRO] cuando se han hecho ensayos controlados. La clave es asegurar que cualquier solución tenga el sustrato adecuado (preferiblemente a base de cereales) y la cantidad correcta de sal -40-120 mEq/L es un rango seguro que puede conseguirse con métodos de medida sencillos (manos o cucharas)-. La clave está en una educación y comprensión adecuadas.»¹⁶⁵

Muchos defensores de la salud infantil creen que la nueva postura de la OMS es tan inaceptable como la anterior. No puede permitirse que este organismo establezca una complicada solución casera «de segunda categoría» cuando se puede conseguir una solución casera sencilla de primera. Las líneas maestras de la OMS están resumidas en el cuadro de la página anterior. Este cuadro es lo que debe seguir una madre de cualquier pueblo para hacer una bebida de rehidratación oral eficaz para su niño a la vez que recibe alimentos. Sin embargo, también puede servir para producir bebidas que llenen el estómago de su niño con una combinación de agua de arroz salada junto con un té sin azúcar -una bebida deficiente tanto en capacidad rehidratante como nutricional-. El problema es que ciertos líquidos de la lista de «líquidos caseros» sólo tienen un efecto rehidratante cuando se toman con comida. En tanto que los niños deshidratados suelen rehusar el alimento, la capacidad de estos fluidos para rehidratar se ve seriamente comprometida. Si la deshidratación ya está presente, la OMS recomienda, por supuesto, su fórmula completa de SRO, reservando los sueros caseros para los niños no deshidratados. Pero en realidad, la deshidratación temprana y la pérdida de apetito pueden comenzar casi tan pronto como la diarrea acuosa; en estos casos, una solución casera bien formulada (basada en cereales o en azúcares) rehidratará rápidamente y se restablecerá pronto el apetito. Desgraciadamente, muchos de los «líquidos caseros recomendados» por la OMS simplemente no promueven una rehidratación adecuada durante las horas iniciales, tan críticas, antes de que el niño acepte comida.



Principios sobre el tratamiento casero de la diarrea con líquidos y alimentos

Habría que identificar varios líquidos que sean fáciles de conseguir, aceptados por las madres y que no tengan efectos adversos para los niños con diarrea. Si es posible, el líquido seleccionado debería contener sal. Algunos ejemplos son: agua de arroz con sal, una sopa salada o la solución SRO. Hay que enseñar a las madres a añadir sal (unos 3 gr./l) a las bebidas o sopas que no contengan sal, pero esto requiere un esfuerzo educativo sustancial y sostenido, que podría no ser efectivo con relación a su coste.

También deberían seleccionarse líquidos sin sal. Esto incluye bebidas comunes como el té diluido (sin azúcar o con poca cantidad), agua de arroz, bebidas basadas en yogur y agua pura. Se deben evitar ciertos fluidos, tales como refrescos, café o aquellas con efecto diurético o laxante.

Los fluidos anteriores deben darse en cantidades crecientes, tanto como el niño quiera beber, y junto a una alimentación continuada. Se debe mantener la lactancia materna. Los niños que tomasen una fórmula infantil, o leche animal, deben seguir recibéndola con toda normalidad. Los que estuvieran tomando alimentos sólidos deben seguir tomándolos, incluyendo, si es posible, alguno que contenga normalmente algo de sal.

Si se siguen estas normas, el niño recibirá suficientes carbohidratos y proteínas para favorecer la absorción de la sal ingerida. Esto, junto con la mayor cantidad de agua tomada con las bebidas, prevendrá la deshidratación en la mayoría de los episodios de diarrea.

Del Programa para el Control de la Enfermedad Diarreica: *Ninth Programme Report* (Noveno Informe del Programa), 1992-1993, OMS, 1994, p. 14.

*Hay alguna evidencia empírica de que las bebidas basadas en alimentos sin sal añadida podrían ser eficaces para rehidratar (aunque probablemente menos eficaces que las que contienen sal), o al menos para prevenir la deshidratación. Esto merece más estudios, ya que en algunas zonas remotas no se dispone de sal (por ejemplo, en algunas partes del norte de Mozambique).

La Alimentación como Parte Clave de la TRO

- [¿Qué produce la desnutrición?](#) la infección o la falta de alimentos?
- El concepto cambiante de TRO: [Terapia Basada en la Alimentación](#)
- [La leche materna](#): una bebida de rehidratación ideal

Cuando la TRO fue sacada a la luz los médicos pensaron en ella como un medio barato de reposición de líquidos, un simple sustituto de la terapia intravenosa. Fue promocionada como una medicina. Su objetivo era salvar vidas combatiendo la deshidratación (pérdida de agua y sales). Nadie relacionaba la rehidratación oral con la alimentación o con el estado nutricional del niño, ni se consideraba la comida como parte fundamental de la terapia de rehidratación.

Aun así, la relación entre el estado nutricional y la muerte por diarrea es clara. Se sabe desde hace décadas que muchos de los niños que mueren a causa de la diarrea están desnutridos.¹⁶⁶ Mientras que las enfermedades infecciosas están determinadas en gran parte por factores ambientales (incluyendo saneamiento e higiene), las tasas de mortalidad infantil se relacionan aún más con el estado nutricional, que afecta a la capacidad del organismo para combatir la infección.¹⁶⁷ Aunque la OMS y los principales investigadores sobre TRO hicieron hincapié desde principios de los años 70 en el componente nutricional de la TRO, en la práctica esto fue a menudo olvidado. De hecho, una de las razones por las que la TRO y las vacunaciones fueron tan populares para muchos gobiernos fue que estos procedimientos tan simples permitían mantener la promesa de disminuir la mortalidad infantil sin tener que resolver los problemas subyacentes de pobreza y desnutrición. Como ya vimos en la Parte I del libro, las intervenciones en pro de la Supervivencia Infantil se vieron como una forma de mejorar la salud (o al menos las tasas de supervivencia) sin afrontar las desigualdades sociales existentes. Como apuntó James Grant, ex director ejecutivo del UNICEF: GOBI es un conjunto de «acciones sobre la salud de bajo coste, bajo riesgo y baja resistencia que no toman en cuenta los cambios económicos y políticos necesarios a largo plazo si se quiere erradicar la pobreza.»

La diarrea contribuye a la desnutrición de varias formas:

- Los niños con diarrea sufren una disminución muy importante del apetito, lo que hace que tomen poca comida.
- La comida pasa por el intestino más rápido de lo normal, con lo que el tiempo de digestión disminuye.
- Las paredes del intestino, al estar lesionadas, no pueden digerir y absorber la comida tan bien como lo hacen normalmente (aunque siempre pueden absorber algo).
- Cuando los niños están enfermos sus requerimientos nutricionales aumentan al incrementarse su metabolismo.¹⁶⁸

Esto significa que, para combatir la desnutrición y la infección, un niño con diarrea necesita más comida y más a menudo.¹⁶⁹

En un niño cada episodio de diarrea causa más pérdida de peso. Al crecer más débil y delgado, las enfermedades -incluyendo las diarreas- tienden a ser más largas y graves. La desnutrición calórico-proteica avanzada (marasmo y *kwashiorkor*) aparece a menudo tras una enfermedad severa -como un brote de sarampión o una diarrea persistente- y finalmente lleva al niño a una situación límite. Aunque la causa final de muerte pueda ser la deshidratación, la tuberculosis o una neumonía, muchas veces van precedidas de brotes repetidos de diarrea, infecciones comunes y desnutrición progresiva.¹⁷⁰ La muerte de un niño que vive en la pobreza no suele ser resultado de un único episodio de enfermedad, sino de una larga serie de ataques.¹⁷¹ Como dijeron Carl Taylor y William Greenough III:

«Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas interaccionan con la desnutrición, de forma que la mayoría de las muertes se producen no por un hecho concreto, sino por una espiral descendente con múltiples elementos que se combinan y se potencian unos a otros.»¹⁷²

¿Qué produce la desnutrición: la infección o la falta de alimentos?

Los defensores de la Atención Primaria de Salud Selectiva buscan formas de combatir la desnutrición mediante medidas tecnológicas, en lugar de corregir sus causas. Para defender esta posición, insisten en que la causa principal de desnutrición infantil no es la escasez de alimentos, sino las infecciones repetidas.



UNICEF, en su informe *Estado Mundial de la Infancia* 1988, afirma que:

«...aunque no tener comida suficiente es todavía un problema fundamental en algunas de las comunidades más pobres del mundo, hoy la principal causa mundial de desnutrición no es la escasez de comida en el hogar, sino la falta de servicios básicos y la escasez de información sobre cómo prevenir las infecciones y cómo usar la comida para favorecer el crecimiento. Asegurando que todos los padres sepan que pueden proteger la salud nutricional de sus hijos con medidas como el espaciado de los nacimientos, cuidados del embarazo, lactancia materna, vacunaciones, prevención de enfermedades, alimentación especial durante y tras las enfermedades, o vigilando la ganancia de peso del niño -y apoyando a los padres para llevar estos conocimientos a la práctica- se pueden evitar la mayoría de, aunque no todos, los casos de desnutrición y alteraciones del desarrollo en nuestro mundo.»¹⁷³

En el *Estado Mundial de la Infancia* de 1992 el UNICEF afirma de forma categórica que «la desnutrición infantil está causada más por la frecuencia de las infecciones que por la escasez de alimentos».¹⁷⁴ Y en la edición de 1993 va aún más lejos, concluyendo que «las afecciones diarreicas constituyen una de las causas principales -tal vez la causa principal- de desnutrición

infantil en el mundo en desarrollo.»¹⁷⁵

De este modo, se propone que la respuesta a la desnutrición infantil es combatir las infecciones debilitantes (diarrea, neumonía, sarampión) con intervenciones tecnológicas eficientes (TRO, antibióticos y vacunaciones). Estas intervenciones -aunque merecen prioridad alta- son a menudo introducidas como intervenciones tecnológicas sin acompañarse de acciones que se enfrenten a las causas raíz de estas enfermedades. Su efecto es desviar la atención y los recursos lejos de las causas fundamentales del hambre, la pobreza y las enfermedades.

Debemos cuestionar no sólo las políticas que están detrás de esta postura, sino también su base biológica. Descubrimientos recientes apoyan la opinión de que la desnutrición predispone a los niños a episodios de diarrea más frecuentes y más graves. Los estudios más rigurosos en la materia sugieren que la desnutrición es un factor de riesgo más significativo para la diarrea que la diarrea lo es para la desnutrición.¹⁷⁶ Un estudio reciente de Zimbabue encontró que:

«El patrón de crecimiento de los niños con pocos episodios de diarrea fue idéntico al de los que tenían episodios muy frecuentes, e igual de malo. El análisis del crecimiento de estos niños cada tres meses mostró que los incrementos en la talla y el peso eran menores en los periodos con diarrea, pero este efecto era transitorio y la recuperación se producía en semanas. Nuestros hallazgos [...] indican que *es la falta de alimento más que la diarrea frecuente la que causa el pobre estado nutricional de esta comunidad.*»¹⁷⁷ (itálicas añadidas)

Otro estudio realizado en Bangladesh corrobora estos hallazgos. Al estudiar dos poblaciones, los trastornos del crecimiento y la desnutrición eran «casi universales». En el grupo estudiado de 70 niños de entre 5 y 18 meses, la ingesta calórica era sólo un 70% de lo que recomienda la OMS. El estudio concluyó que:

«El efecto de la ingesta calórica [...] sobre el crecimiento es mayor que el efecto adverso combinado de diarrea y fiebre. En concreto, si todos los niños tuvieran el aporte energético que recomienda la OMS, aunque sufrieran los episodios habituales de fiebre y diarrea, sería de esperar que su ganancia de peso fuera mayor que aquellos niños que no tuvieran diarrea o fiebre pero su ingesta calórica fuera la media de la población a estudio. Estos resultados sugieren que, desde el punto de vista de la ganancia de peso de los niños, los programas de intervención nutricional merecen tanta atención como la prevención y el tratamiento de las diarreas o el control de las enfermedades febriles.»¹⁷⁸

El gráfico de la página siguiente (adaptado de este estudio) muestra que la ganancia mensual de peso de los niños está más influenciada por una adecuada ingesta calórica que por la presencia de diarrea o fiebre.¹⁷⁹

El hecho de que la desnutrición probablemente tiene mayor influencia en el agravamiento de la infección que lo que la propia infección influye en agravar la desnutrición se pone también de manifiesto en un estudio realizado en China. Este estudio encontró que, a pesar de una alta incidencia de diarrea entre los niños, la mortalidad infantil por diarrea era relativamente baja, lo que se atribuyó en parte al buen nivel de nutrición del que disfrutaban los niños chinos -resultado de una política socioeconómica igualitaria-.¹⁸⁰ Dicho de otra manera, el hecho de que la alta morbilidad de la diarrea no se tradujera en un pobre estado nutricional tiende a confirmar que la infección puede no ser un determinante principal del bajo estado nutricional, como se ha afirmado. Sería importante estudiar si la mortalidad por diarrea se incrementa según el reciente cambio de China hacia una economía de libre mercado haga efecto aumentando las diferencias entre ricos y pobres.

Estos estudios coinciden en que *la desnutrición mantenida en el tiempo es una de las principales causas del incremento en la incidencia, gravedad y mortalidad de la diarrea*. Para lograr una tasa de mortalidad infantil más baja, un estudio concluye que, en lugar de centrarse en medidas tecnológicas, «los recursos estarían mejor dirigidos si se destinaran a que los pobres tuvieran más acceso a la comida».¹⁸¹

El concepto cambiante de TRO: Terapia Basada en la Alimentación

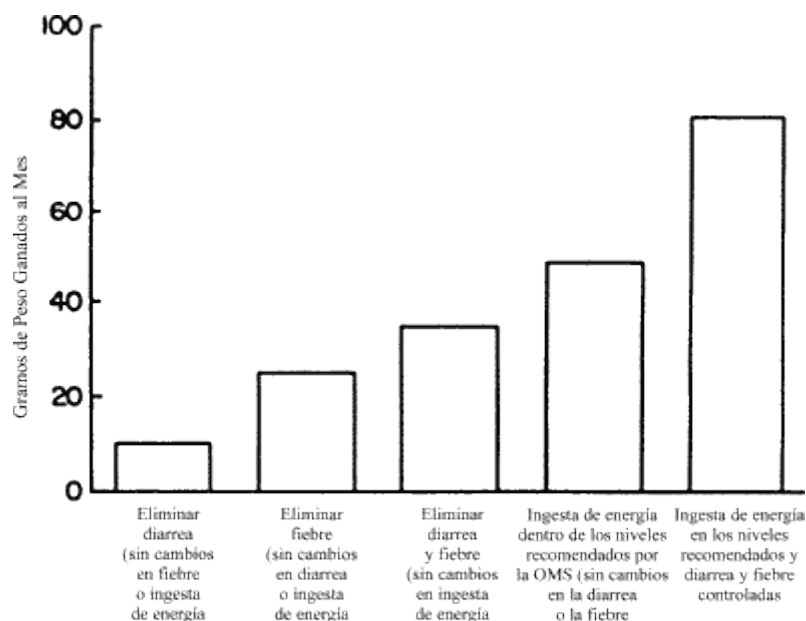
Aunque la rehidratación oral se centró al principio en los líquidos, conseguir suficiente comida es un factor tan importante para la supervivencia infantil que no podía ser apartado de la ecuación por mucho tiempo. Era inevitable que el componente nutricional del tratamiento de la diarrea pasase a un primer plano. La comida está reconocida como parte esencial de una rehidratación oral efectiva, y la TRO está actualmente considerada como un proceso de aporte abundante de líquidos y comida a un niño con diarrea.¹⁸² El aporte de comida en tomas frecuentes a los niños con diarrea es muy importante por dos razones: *promueve la rehidratación y mantiene un adecuado nivel nutricional.*

1) *Contribución de la comida a la rehidratación.* Como ya vimos anteriormente, aportar comida junto a la rehidratación oral acelera la absorción intestinal de agua.¹⁸³ Cuando los hidratos de carbono y las proteínas de la comida alcanzan el intestino, los jugos digestivos (ácidos, álcalis y enzimas) los rompen en moléculas más sencillas de azúcares y aminoácidos. Estos son transportados desde el intestino a la sangre, arrastrando agua y sales con ellos. Cuanto mayor que sea la variedad de moléculas que lleve el agua consigo, más rápida será la absorción. Además, aportando comida junto a las bebidas para rehidratar, la hidratación es más efectiva. Así pues, la comida es esencial para una rehidratación eficaz.¹⁸⁴ Hirschhorn sugiere que una buena alimentación durante el episodio de diarrea tiene tanta o más repercusión en el descenso de la mortalidad que el uso de las SRO. El autor considera que una de las funciones más importantes de la rehidratación es ayudar al niño a sentirse lo suficientemente bien como para comer (y a la madre a poder alimentarlo).¹⁸⁵

2) *Nutrición y resistencia a la infección.* Los niños necesitan bastante comida para crecer y resistir las infecciones. Una adecuada ingesta durante la diarrea tiene un efecto inmediato y a largo plazo sobre la supervivencia. A corto plazo, ayuda a evitar la muerte durante el episodio al prevenir la progresiva debilidad y pérdida de peso. A largo plazo, ayuda a mantener el estado nutricional del niño y su sistema de defensa, disminuyendo tanto la frecuencia como la gravedad de futuras enfermedades, incluyendo la diarrea.¹⁸⁶

Hay evidencias de que muchos micronutrientes -la vitamina A con seguridad y posiblemente otros muchos- influyen por sí mismos en la mortalidad y la gravedad de los síntomas causados por las enfermedades infecciosas. Este efecto se logra al mejorar el sistema inmunitario y, en algunos casos, como la vitamina A, aumentando la integridad de los epitelios, incluyendo el del tubo digestivo. Diversos estudios han demostrado una reducción significativa de la mortalidad (un 23% de media) por diarrea e infecciones respiratorias tras un suplemento de vitamina A en niños pequeños de poblaciones donde existen algunas deficiencias sanitarias.¹⁸⁷ Muchas deficiencias de micronutrientes están también asociadas a una disminución del apetito y a menores tasas de recuperación del crecimiento tras los episodios de infección.¹⁸⁸

Esta claro que, para los niños que están desnutridos o en riesgo de estarlo, toda actuación debe estar orientada a lograr una mejor nutrición. La OMS y el UNICEF insisten de forma bastante acertada en continuar dando comida durante la diarrea como parte de la TRO, y en dar un suplemento de comida al niño tras su recuperación para que vuelva a sus niveles normales de crecimiento. También apuntan que dar rehidratación oral a los niños deshidratados que rechazan la comida permitirá que el niño vuelva a comer más rápidamente -además de minimizar el déficit nutricional del niño.¹⁸⁹



Sin embargo, cada vez está más claro que preocuparse de cubrir las necesidades nutricionales del niño sólo durante la enfermedad o en el período inmediatamente posterior a ésta no es suficiente. Para tener buenas posibilidades de sobrevivir, *el niño necesita una alimentación adecuada todo el tiempo.*

La leche materna: una bebida de rehidratación ideal

Una de las mejores formas de prevenir las muertes por diarrea es promover la lactancia materna. Esto es así porque *la leche de pecho es el alimento más nutritivo para el bebé*, además de ser un líquido que contiene gran cantidad de agua. La lactancia materna protege a los niños no sólo ayudando a prevenir la deshidratación una vez instaurada la diarrea, sino también evitando la infección.¹⁹⁰ Es decir, a diferencia de la mayoría de las bebidas de rehidratación, la lactancia materna ayuda tanto a prevenir la diarrea como a curarla. Mejora no sólo la supervivencia, sino también la nutrición, el crecimiento y el estado general de salud del niño.¹⁹¹

35 estudios llevados a cabo en 14 países hallaron que la lactancia materna era «una de las maneras más eficaces de reducir la morbilidad y la mortalidad por diarrea.»¹⁹² Por el contrario, los niños alimentados con biberón contraían diarreas con una frecuencia cinco veces mayor, y las muertes por diarrea eran 25 veces más frecuentes que en los alimentados exclusivamente con leche de pecho.¹⁹³

Margaret Bentley (consultora de la OMS) y otros han ayudado a llamar la atención sobre la importancia de *mantener una nutrición adecuada durante el periodo del destete*, que es una época en la que muchos niños están insuficientemente alimentados y mueren por diarrea.¹⁹⁴ Es muy importante una buena alimentación durante este periodo. Pero, al de hacer hincapié en ello, muchos educadores para la salud sólo enseñan a las madres los aspectos técnicos del destete. Una buena instrucción no es suficiente; debemos ayudar a las madres a encontrar formas de ganar un salario adecuado, lograr su derecho a la tierra que necesitan y un nivel de vida suficiente y seguro en sus comunidades, de forma que puedan ocuparse convenientemente de sus hijos y alimentarlos de manera correcta, además de lograr ellas mismas un nivel de salud adecuado.

La salud materna y la infantil están íntimamente relacionadas.¹⁹⁵ Un artículo publicado recientemente por Mosley y Chen afirma que la desnutrición en niños pequeños «depende tanto de factores que afectan a la salud de la madre y de las infecciones como de la propia deficiencia nutricional del niño.»¹⁹⁶ Tratar de combatir la desnutrición luchando sólo contra la infección, sin afrontar los problemas socioeconómicos que subyacen, es como tratar de curar una diarrea sólo con

un antidiarreico: puede ayudar de forma parcial y temporal, pero no resuelve el problema fundamental. Volveremos al tema de la lactancia materna cuando estudiemos la promoción sin escrúpulos de la lactancia artificial en el Capítulo 12.



"BREAST IS BEST": EL PECHO ES LO MEJOR
Un recurso local de máxima calidad.
¡Mejor que cualquier cosa que se pueda comprar!

TRO Basada en Alimentos

Diversos investigadores han ideado una TRO basada en arroz que es similar a una que utilizan los chinos desde hace miles de años. La glucosa que contiene la SRO comercial proviene del arroz, un cereal rico en almidón. El arroz es la base de la alimentación en Bangladesh. En otros países en desarrollo, el alimento principal puede ser maíz, trigo u otro tipo de cereal. En lugar de mandar el grano a la fábrica para procesarlo, ¿por qué no usarlo directamente?

-William Greenough III, Fundación Internacional para la Salud Infantil¹⁹⁷

- [TRO Basada en Cereales frente a la Basada en Azúcares](#)
- Por qué [los cereales funcionan mejor](#)
- Teniendo en cuenta las [demandas de las madres](#)
- Una advertencia poco meditada: «[No use los alimentos del destete para la TRO](#)»
- [Más objeciones](#) a la TRO Basada en Cereales
- Partiendo de costumbres locales: [«atoles agrios» como TRO casera](#)

TRO Basada en Cereales frente a la Basada en Azúcares

En los últimos años se ha añadido una nueva e importante dimensión al debate sobre el uso de la TRO en sobres frente a las preparaciones caseras. Se está estudiando un tipo completamente diferente de solución de rehidratación oral: la basada en cereales (o basada en alimentos^{*}). En muchos aspectos es la línea de investigación más prometedora sobre TRO. Los estudios realizados en varios países durante los últimos años han confirmado que estos sueros basados en cereales (con un poco de sal) son al menos tan eficaces -y a menudo más- que las soluciones basadas en azúcares en la prevención y el tratamiento de la deshidratación.¹⁹⁸ De este modo, el debate sobre el uso de TRO en sobres frente a los sueros caseros ha tomado un nuevo rumbo.

Además de esto, el hecho de que los cereales y atoles sean alimentos tradicionales en muchas partes del mundo los hacen más aceptables y familiares para la población. En muchas sociedades, una bebida o un caldo hecho a partir de cereales o alimentos féculosos (ricos en almidón) son desde hace mucho tiempo un remedio casero muy común contra la diarrea. Por ejemplo, el agua de arroz es un remedio tradicional para la diarrea en el sudeste asiático.¹⁹⁹ El arroz cocido, de una forma u otra, a menudo mezclado con sal o con azúcar, se usa para tratar la diarrea en Bangladesh y otros países del Tercer Mundo desde hace cientos de años.²⁰⁰ Y los atoles de arroz, con un poco de sal y a veces limón, todavía son usados con el mismo fin en otras muchas regiones.²⁰¹

Los caldos y atoles para tratar la diarrea se hacen tradicionalmente con otros cereales y féculas, como mijo o maíz (Mozambique), trigo (Egipto), quínoa (Bolivia) o mandioca (Colombia). Las papillas, así como el agua de arroz, son también remedios tradicionales para la diarrea en China e Indonesia.²⁰² De igual modo en Nicaragua se utiliza el atole de harina de maíz (junto con el agua de arroz) para tratar las diarreas de los niños.²⁰³ Y los atoles fermentados hechos de maíz o mandioca (también llamada yuca o casava) son un remedio casero contra la diarrea en muchas partes de África.²⁰⁴

No fue, sin embargo, hasta los primeros años de la década de los 80 cuando Molla, Mahalanabis, Greenough, Patra y otros llevaron a cabo estudios que demostraban de forma concluyente que, en el medio hospitalario, una rehidratación basada en cereales es tan eficaz como una basada en azúcares.²⁰⁵ Estudios posteriores han descubierto que las soluciones hechas con harina de arroz o ciertos otros cereales reducen la frecuencia, el volumen y la duración de la diarrea.²⁰⁶ Cuando se usan bebidas de arroz en el tratamiento del cólera el volumen de deposiciones se reduce en un 35%.²⁰⁷ Por el contrario, las bebidas hechas con azúcares -incluyendo las SRO- no reducen el volumen de las deposiciones.²⁰⁸ Las TROs basadas en cereales (TRO-BC) han demostrado también que aceleran la aceptación de alimentos sólidos y hacen que el enfermo coma más.²⁰⁹

En su informe provisional de 1994 el Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas (PCED) de la OMS reconoce que «en el cólera, las SRO basadas en arroz reducen significativamente el volumen de las heces comparadas con las SRO de la OMS. El uso de estas soluciones puede recomendarse en el tratamiento del cólera en cualquier situación en que su preparación y utilización sean prácticas.»²¹⁰ Con la intensificación del debate sobre la TRO basada en cereales, la OMS, junto con el Centro Internacional para la Investigación de las Enfermedades Diarreicas de Bangladesh (ICDDR,B), celebró un Congreso sobre la Composición de las SRO que tuvo lugar en Dhaka, Bangladesh, en diciembre de 1994. Uno de los objetivos formulados en este congreso fue:

«...determinar a partir de ensayos clínicos si hay alguna forma de rehidratación oral suficientemente más eficaz que la actual de la OMS y el UNICEF como para justificar el estudio de los muchos aspectos de carácter no clínico que implicaría recomendar su sustitución.»²¹¹

Un análisis detallado de muchos estudios volvió a confirmar que la solución basada en arroz es superior a la SRO estándar para niños y adultos con cólera, reduciendo el volumen fecal en un 35%, y concluyó de nuevo que «las SRO de arroz pueden usarse para tratar este tipo de pacientes allí donde su preparación sea oportuna».²¹²

Sin embargo, la OMS se ha resistido a respaldar la TRO basada en cereales, ya sea como producto manufacturado (SRO-BC) o como solución para hacer en casa (TRO-BC). Aunque algunas de sus publicaciones incluyen el agua de arroz y los atoles en sus listas de líquidos caseros recomendados, éstas no dan suficiente información sobre las concentraciones de almidón o de sales necesarias para una preparación óptima. Desde hace años, el PCED de la OMS ha sido reacio a respaldar totalmente de manera oficial las sales basadas en arroz, insistiendo en que «hacen falta más estudios antes de poder hacer ninguna recomendación acerca de su uso en las diarreas agudas infantiles no coléricas.»²¹³ (Sin embargo, por razones experimentales, en 1989 participó calladamente con la empresa de alimentación infantil Galactina en lo que luego fue la producción comercial de SRO basadas en arroz. Véase p. 105.)

Pero, ¿qué pasa con las diarreas no coléricas? Un meta-análisis de seis estudios con niños que sufrían diarreas no coléricas mostró que con estas soluciones el volumen de heces fue un 18% inferior que con SRO estándar. Estudios posteriores han revelado que cuando la alimentación se daba inmediatamente después de la rehidratación, la reducción del volumen de heces con sales

basadas en cereales era sólo de un 3,4%, una diferencia considerada no significativa.

A pesar de todo lo anterior, la OMS aún sigue decidida a mantener su SRO estándar de glucosa, basándose en que está probada y resulta familiar para promotores de salud y familias de todo el mundo. Argumenta que, dado que la SRO estándar es casi tan eficaz como las basadas en cereales, no hay justificación para promocionar esta última. Esta decisión pudiera estar en parte basada en una justificable preocupación por inundar el mercado con una confusa serie de productos costosos y redundantes. (Por desgracia, esto ya está ocurriendo en el sector privado, con multitud de sueros empaquetados.)

Muchos investigadores, entre ellos los de la Fundación Internacional para la Salud Infantil, sostienen que, aún cuando las ventajas fisiológicas entre ambas terapias puedan no ser grandes, hay también otras ventajas no clínicas. Reprochan la posición de la OMS (basada en los objetivos del congreso de Dhaka) de que una fórmula alternativa tenga que ser «suficientemente más eficaz que la SRO actual de la OMS y el UNICEF» para «justificar el examen de sus ventajas no clínicas», y defienden que las ventajas no clínicas merecerían ese examen aunque *no* hubiera ventajas fisiológicas. Si estas ventajas no clínicas fueran sustanciales, podrían justificar la promoción preferente de la TRO-BC.²¹⁴

Las mayores ventajas no clínicas de la rehidratación basada en cereales se asocian a la TRO-BC de preparación casera (a diferencia de las SRO-BC pre-empaquetadas, que tienen muchas de las desventajas de la SRO estándar). En muchos países se pueden preparar excelentes bebidas de rehidratación basadas en alimentos siguiendo las tradiciones locales. Los promotores de salud pueden ayudar a la gente a entender por qué es importante añadir arroz cocido al agua de arroz casero para hacerlo algo más espeso, y hacerles ver que el exceso de sal causa problemas. Casi cualquier cereal de la zona o alimento rico en almidón puede dar buenos resultados;²¹⁵ esto incluye *maíz, trigo, mijo (o mijo) y sorgo,*²¹⁶ *lentejas, plátanos, bananas, patatas* y algunos *camotes* locales.²¹⁷ En resumen, la gente puede hacer normalmente una bebida eficaz de rehidratación a partir de los alimentos básicos de su zona que, además, son baratos.

Por qué los cereales funcionan mejor

La razón por la cual los alimentos ricos en almidón son más eficaces que otros azúcares en la rehidratación tiene que ver con su composición molecular y con el principio de la *ósmosis*. De forma sencilla, la ósmosis es el paso de agua a través de una membrana desde una solución menos concentrada a otra de mayor concentración (de azúcar o de sales), hasta igualar las concentraciones a ambos lados. (En cierto modo, la ósmosis es la lucha por la igualdad a escala molecular). Las moléculas de azúcar son muy pequeñas, mientras que las de almidón, hechas de muchas cadenas largas de moléculas de azúcar, son bastante grandes. La fuerza osmótica que moviliza el agua en estas soluciones se ve afectada no por el tamaño de las moléculas, sino por el número de moléculas de la solución. Así, las soluciones de azúcar, formadas de montones de moléculas pequeñas a una gran concentración, tienen más poder osmótico que las soluciones de almidón.

El azúcar se ha utilizado en las bebidas de rehidratación porque ayuda al transporte activo de agua y sales a través del epitelio intestinal. Además, aporta calorías necesarias, sobre todo en las primeras fases de la diarrea, que es cuando el niño no tiene apetito. Pero hay un problema con el azúcar que disminuye su efectividad: en una solución concentrada de azúcar como la SRO (o la SAS), los millones de finas moléculas de azúcar crean una atracción osmótica que puede retirar parte del agua de la circulación sanguínea hacia el intestino; así que, mientras el azúcar ayuda a transportar agua y sales al torrente circulatorio, la elevada fuerza osmótica de la SRO tiende a hacerla retornar al intestino. Por esta razón, una solución basada en azúcar -ya sea en sobres o casera- no consigue disminuir el volumen de la diarrea. Si la solución está suficientemente diluida entra más agua en la sangre que la que vuelve al intestino, y entonces se produce la rehidratación. Pero, si la solución está demasiado concentrada, puede aumentar tanto la diarrea como la deshidratación. Por lo tanto,

demasiado azúcar puede ser peligroso.²¹⁸

Los cereales, por su parte, están compuestos por grandes moléculas de almidón de baja fuerza osmótica. Con una bebida de cereales el flujo osmótico va en la dirección opuesta, llevando agua a la circulación sanguínea en lugar de hacerla volver atrás. Cuando las moléculas de almidón toman contacto con el epitelio del intestino, las enzimas las rompen en azúcares simples que son inmediatamente absorbidos, acompañados de agua y sales. Pero, dado que no tienen la fuerza osmótica retrógrada de las soluciones azucaradas, es mayor la cantidad de agua que entra en la sangre desde el intestino que la que sale; esto ayuda a explicar por qué las bebidas de cereales disminuyen de forma más eficiente la diarrea y la deshidratación.

Lista de razones a favor de la TRO basada en cereales

Además de las ventajas biológicas, hay poderosas razones psicológicas, socioeconómicas y prácticas a favor de la TRO basada en cereales en comparación con las soluciones de rehidratación oral basadas en azúcares, especialmente si se compara con la fórmula estándar recomendada por la OMS, de elevado contenido en azúcar y sales. Algunas de esas razones son descritas a continuación.

- **Fisiológicas:** Las bebidas de cereales reducen la deshidratación y también el volumen, frecuencia y duración de las deposiciones líquidas (sobre todo en el cólera) hasta un 40 ó 50% más que las SRO basadas en azúcar (glucosa).²¹⁹ También reducen los vómitos de forma más rápida y eficaz.²²⁰
- **Nutricionales:** Las bebidas de cereales -por su bajo poder osmótico- pueden prepararse hasta con el triple de calorías que las bebidas de azúcares sin riesgo alguno para el niño. Hoy se conoce que una de las causas que contribuyen a la desnutrición de los niños de familias pobres es que las comidas que reciben a menudo tienen tanta agua que sus estómagos se llenan antes de recibir las calorías suficientes.²²¹ De forma similar, grandes cantidades de bebida de rehidratación (o de cualquier líquido) ocupan gran volumen y limitan, por tanto, la cantidad de alimento que el niño puede consumir. Por eso, es útil que la bebida sea rica en calorías. Además, el paso más veloz de agua a la sangre que se consigue con las soluciones de cereales podría conseguir más rápidamente espacio en el estómago para más comida. El mejor control de los vómitos con estas soluciones es otra gran ventaja nutricional.
- **Seguridad:** Las cantidades de sal y azúcar de la fórmula de la OMS están cerca del límite superior de seguridad. Si las madres preparan un sobre de esta solución en poca cantidad de agua, cosa que ocurre con frecuencia, la bebida de rehidratación puede contribuir por sí misma a la deshidratación. Por el contrario, este riesgo no existe con las bebidas de cereales, salvo que se use mucha sal; aunque se haga más concentrada de lo habitual sigue siendo segura (y más rica en nutrientes). La bebida será útil mientras se mantenga suficientemente aguada como para que el niño la acepte.
- **Aceptabilidad para el niño:** los niños están a menudo acostumbrados a comer alimentos con cereales durante el destete, y los aceptan más fácilmente que la solución de SRO estándar. Además, muchas madres (que suelen probarlo todo antes de dárselo a sus hijos) prefieren el sabor de los cereales al de un suero de azúcar y sal. Muchos dicen que la SRO sabe mal.²²²
- **Aplicación práctica y precio:** Para una familia que no tiene suficiente dinero para alimentar adecuadamente a sus hijos, el coste de unos pocos sobres de SRO, junto con el del viaje y la pérdida de horas de trabajo que supone, puede ser nutricionalmente devastador. Incluso el azúcar es un lujo que está más allá de lo que muchas familias pueden pagar. Sin embargo, prácticamente todas las familias tienen algún cereal barato o cultivado en casa como base de su alimentación. Además, las bebidas de cereales pueden mejorar el estado nutricional no sólo porque contienen más calorías que las SRO, sino porque su bajo coste dejaría a las

familias con más dinero para comprar comida. Por otra parte, al reducir la frecuencia y duración de la diarrea, las TRO basadas en cereales reducen otro coste clave: la cantidad de tiempo que las madres pobres tienen que emplear en administrar la solución oral a sus niños enfermos (y en limpiar después). Como apunta un autor:

«Un niño enfermo con una diarrea común por rotavirus, que tiene diarrea, vómitos y está irritable y con fiebre, requerirá una gran cantidad de tiempo para engatusarlo y darle suficiente cantidad de líquido de rehidratación a cucharadas.»²²³

Teniendo en cuenta las demandas de las madres

Son muchas las tareas que estas madres han de llevar a cabo: cuidar de otros niños, cocinar, limpiar, ir a por agua, recoger leña, atender el huerto o los campos de cultivos, el ganado y a menudo gran cantidad de horas de trabajo agotador para ganar algo de dinero. Algunos estudios han sugerido que una de las principales causas por las que las madres tratan de forma inadecuada la diarrea de sus hijos con SRO es su falta de tiempo para ello.²²⁴ Cuanto más corto sea el episodio de diarrea, mayores oportunidades tendrá un niño pobre de recibir los cuidados adecuados y, por tanto, de sobrevivir.²²⁵

Un estudio de Jamaica descubrió que el tiempo perdido en el viaje al centro de salud y en la cola de espera para los sobres de SRO era una de las razones por las que las madres preferían comprar medicinas (poco adecuadas) en tiendas cercanas.²²⁶ Al considerar el tratamiento casero de las diarreas es importante prestar mayor atención a los problemas de las madres y buscar soluciones que cubran sus necesidades tanto como las de los niños. Una forma de aliviar parcialmente el tiempo perdido por la madre es enseñar a los hermanos mayores a preparar y dar la TRO. Dado que se necesita menos precisión para preparar bebidas basadas en cereales (y porque saben mejor que las SRO), sirven bien para este planteamiento «Niño a Niño».²²⁷

Lo primero y principal es que las madres deben ser consultadas y mejor informadas de las soluciones y alternativas, de forma que puedan implicarse más en las estrategias y programas que les afecten. Necesitamos aprender a escuchar antes de dar consejos.

Una advertencia poco meditada: «No use los alimentos del destete para la TRO»

A medida que la TRO basada en cereales se valora más, los «expertos» han comenzado a divulgar una nueva advertencia acerca de su uso y preparación. Por ejemplo, la siguiente recomendación apareció en el número de junio de 1990 de *Dialogue on Diarrhoea*:

«Es muy importante que las soluciones de TRO basadas en cereales no se confundan con comida, y que las madres *no diluyan las comidas habituales de los niños para hacer líquidos caseros.*»²²⁸ (Las itálicas son añadidas.)

La primera parte de la advertencia anterior tiene mucho sentido, pero la segunda debe ser cuestionada. Los especialistas en nutrición insisten en que los padres deben darse cuenta de que ninguna bebida de rehidratación sustituye a otro alimento y que, además de bebida, debe darse comida de manera regular en tomas pequeñas y frecuentes tan pronto como el niño la acepte. Aunque las bebidas de cereales pueden aportar más calorías (energía) que las bebidas basadas en azúcares o glucosa, ninguna bebida de rehidratación -debido a su contenido en agua necesariamente elevado- aporta suficientes calorías para satisfacer los requerimientos energéticos de un niño. Dicho de una forma más clara, las bebidas basadas en cereales no proporcionan el suficiente alimento para cubrir las necesidades de un niño enfermo.

Sin embargo, aconsejar a las madres que no usen los alimentos infantiles habituales del hogar para

hacer una bebida de rehidratación puede causar más muertes de las que pudiera prevenir. Podría negar a muchas familias la oportunidad de usar la TRO más sencilla, rápida, segura, eficaz, nutritiva, económica, de mejor sabor, culturalmente apropiada, disponible de una forma más constante y que mejor promueve la autosuficiencia de que disponen: una bebida basada en cereales.²²⁹ Como ya hemos comentado, en muchos hogares pobres de todo el mundo los alimentos complementarios de los niños (los del periodo de destete) tradicionales pueden diluirse para constituir una excelente bebida de rehidratación. Al ser preparados en casa a diario, pueden convertirse en TRO sin ninguna pérdida de tiempo ni coste adicional, simplemente añadiendo agua y un poco de sal (si es que no la tenían ya).

No obstante, algunos expertos nos advierten de que, si se enseña a las madres a preparar TRO diluyendo comidas infantiles, podrían también dar esta bebida diluida como alimento, lo que causaría una ingesta calórica baja y desnutrición. Esto supone que las madres son demasiado estúpidas para entender que un niño con diarrea necesita bastante alimento sólido además de la bebida diluida. (Para un buen desarrollo del niño, es importante que las madres se den cuenta de que, generalmente, los alimentos complementarios deben prepararse espesos -y, si es posible, añadiendo aceite para aumentar el contenido calórico.)

Nuestra propia experiencia muestra que las madres pueden comprender perfectamente dos mensajes básicos: 1) que los niños deben recibir comida regularmente en todas las situaciones, incluso cuando tienen diarrea, y 2) que los niños con diarrea deben recibir gran cantidad de líquidos, preferiblemente una «bebida especial» (apropiada a su ambiente) que puede o no ser preparada con alimentos comunes.



Nuestra confianza en la capacidad de las madres para cuidar de sus niños está respaldada por un informe de la OMS que afirma que «los niños a los que se les dieron soluciones basadas en arroz no recibieron menos arroz o harina de arroz para comer que otros niños a los que se suministraron otros tipos de SRO.»²³⁰ Además, un estudio de Hirschhorn y otros (aún sin publicar) muestra que «no hay confusión entre las SRO a partir de trigo o arroz y la alimentación habitual; los niños comieron mejor, ganaron más peso y finalizaron las diarreas antes que aquellos que recibieron los sobres de SRO.»²³¹ Esperamos que la OMS reconsidere su postura y comience a promover el uso de TRO-BC hecha en casa utilizando costumbres locales.

Más objeciones a la TRO Basada en Cereales

Los contrarios a la TRO-BC hacen hincapié en las desventajas que conlleva su uso: el «coste añadido de combustible», el «trabajo extra» y el «retraso causado por la necesidad de cocer la mezcla».²³² Sin embargo, *en los hogares de las familias pobres de muchas sociedades, los atoles o papillas de cereales son el alimento complementario habitual de los bebés. Son cocinados y están listos para consumirse a diario. Todo lo que tiene que hacer la madre es separar una parte del puchero común, añadir un poco de agua si está muy espeso o salado y, cada pocos minutos, darle al niño tanto como ella vaya a tomar.*

Las críticas también se refieren a la incapacidad de los niños muy pequeños para digerir el almidón de forma completa, y a posibles reacciones alérgicas o inmunológicas en estos niños a las proteínas contenidas en algunos cereales. Algunas autoridades aconsejan no darlos en niños de menos de tres meses de edad. Pero, hasta donde hemos podido determinar, sus argumentos son más teóricos que prácticos. Un estudio reciente patrocinado por el PCED encontró que una solución basada en arroz era digerida y absorbida eficazmente en un grupo de niños de menos de 6 meses gravemente desnutridos, y era al menos tan eficaz como las SRO basadas en azúcar a la hora de corregir la

deshidratación y mantener un adecuado nivel de hidratación.²³³

Quizá la mayor desventaja real de las bebidas de rehidratación basadas en cereales es que tienden a estropearse más rápido que las hechas a partir de azúcares -a veces en 6-8 horas (con ciertas condiciones, incluso en dos ó tres horas)-. Sin embargo, cuando los atoles de cereales son la alimentación complementaria tradicional, las familias saben a menudo cómo prevenir su deterioro, ya sea recalentando periódicamente el alimento, o bien «agriándolo» o fermentándolo. El método de la fermentación abre algunas posibilidades interesantes para una bebida de rehidratación mejorada a partir de cereales.

Partiendo de costumbres locales: «atoles agrios» como TRO casera

Una de las posibilidades más prometedoras de la TRO-BC es el uso de atoles agrios o papillas fermentadas, que son alimentos infantiles tradicionales en muchas partes de África, Oriente Medio y algunas otras partes del Tercer Mundo.

Hasta hace poco, expertos en nutrición de Sudáfrica desaconsejaban a las madres dar puches de mijo o maíz fermentado o agrio a sus hijos porque pensaban que estos alimentos infantiles tradicionales tenían mal sabor, olor desagradable y posiblemente eran insanos. Pero, en realidad, los estudios han demostrado que éstos son excelentes alimentos complementarios.²³⁴ La mayor acidez -que procede de la fermentación no alcohólica llevada a cabo por bacterias productoras de ácido láctico (como en el yogur)- retrasa su deterioro. Además, los atoles agrios pueden ser almacenados de forma segura hasta una semana. Se dice también que el proceso de fermentación hace al cereal más digerible para el niño. También hay evidencias de que el efecto bacteriostático del atole acidificado puede ayudar a combatir los agentes infecciosos causantes de la diarrea.²³⁵

En Mozambique las madres usan tradicionalmente atoles agrios para el tratamiento de las diarreas de sus hijos, a menudo con resultados excelentes. Hay un interés creciente en investigar más este tema. Se preparan en la mayoría de los hogares con niños pequeños y, al ser alimentos infantiles tradicionales, los niños enfermos suelen aceptarlos más fácilmente que a las SRO.

***Kishk neshif*: una TRO-BC tradicional con una vida media de meses²³⁶**

Un equivalente egipcio de los atoles agrios de Sudáfrica es el *kishk neshif*. El *kishk* es una comida típica hecha con trigo y suero de leche de búfala, y se utiliza como remedio popular contra la diarrea. El suero se separa del cuajo colocándolo durante un tiempo en un estomago de cabrito. En el proceso el suero fermenta y adquiere un olor fuerte y un sabor ácido, similar al del yogur. Luego se lava el trigo, se machaca un poco (pero sin que el grano llegue a perder su forma), se calienta y se mezcla con el suero fermentado. El *kishk* resultante se moldea en pequeñas esferas similares a pelotas de golf y se seca al sol. Este *kishk neshif* (*kishk* desecado) puede guardarse hasta un año sin que se estropee. Como explicaba un promotor de salud «el trigo solo se estropea; el suero solo se estropea; pero mezclados y secados no se estropean.» Para el tratamiento de la diarrea, este *kishk neshif*, duro como una piedra, se hierve en agua hasta formar un atole ligero y se le añade un poco de sal.

El *kishk* está ampliamente reconocido por los campesinos como un buen tratamiento para la diarrea. Un taxista de El Cairo, al oírnos hablar del *kishk neshif*, comentó que era «bueno para un estómago indispuerto», y un promotor de salud libanés lo confirmó diciendo que él había dado *kishk* a su hijo como alimentación complementaria y también para la diarrea. Sin embargo, los especialistas en nutrición e investigadores sobre control de la diarrea de Egipto han pasado por alto el *kishk neshif* porque las personas con estudios -incluso en las zonas donde se usa tradicionalmente- lo desprecian por primitivo y de mal sabor. Cuando uno de nosotros lo mencionó por primera vez al personal del Proyecto Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas de El Cairo, todo el mundo se rió.

El empleo de los atoles agrios y del *kishk neshif* como alimentos complementarios y para rehidratación oral merece un estudio riguroso. En las zonas donde se usan tradicionalmente, probablemente podrían proporcionar una solución de rehidratación oral más barata, eficaz y sostenible -que no sólo combatiría la deshidratación, sino que también reduciría el problema de la desnutrición infantil, que es la causa que hay tras la elevada tasa de mortalidad infantil por diarrea.

En resumen, los atoles agrios basados en cereales podrían dar respuesta perfectamente a las principales críticas que se hacen a menudo a las mezclas basadas en cereales. Tienen las siguientes ventajas (sobre todo en África, Oriente Próximo, India y otras partes del mundo donde se usan de forma tradicional):

Ventajas de los atoles agrios (fermentados) basados en cereales:

- Se usan tradicionalmente como alimento complementario y como comida de elección en los niños enfermos, lo que incluye a los que padecen diarrea. Por ello, las personas pobres ya creen en su valor y están familiarizados con su preparación y uso.
- Según las madres, a los niños enfermos les gusta más que otras comidas, y dicen que combate la diarrea.
- En los hogares donde forman parte de la dieta diaria, o son la alimentación complementaria habitual, no supone ningún coste adicional -en dinero o en tiempo- preparar la bebida u obtener el combustible. En la olla que ya ha sido usada, todo lo que la madre tiene que hacer es añadir agua hasta hacerlo suficientemente líquido (añadiendo un poco de sal si no lo tenía y se dispone de ella)^{**} y dárselo al niño.
- Los atoles agrios pueden guardarse de forma segura (sin riesgo de criar gérmenes productores de diarrea) durante días a temperatura ambiente, lo que los hace más seguros que otros atoles.²³⁷ Además, son más seguros biológicamente (están menos contaminados) que el agua sin hervir usada para la TRO basada en azúcar o para añadir a los sobres de SRO.²³⁸ (Aunque el agua añadida pueda estar algo contaminada, la acidez y los microorganismos beneficiosos del atole fermentado contribuirían a reducir cualquier patógeno presente.)
- La acidificación de la papilla de cereales facilita el inicio del proceso de digestión.²³⁹ (La fermentación rompe algunos de los carbohidratos en azúcares más sencillos y puede también incrementar la capacidad del organismo para utilizar las proteínas, vitaminas y minerales.²⁴⁰) Por esa razón, la consistencia del atole agrio es más suave. Estos atoles acidificados parecen ser más digeribles y utilizables por un niño pequeño que los no acidificados.²⁴¹
- Y quizá lo más importante: la fermentación disminuye la viscosidad del preparado (su espesor), lo que permite hacer una bebida muy rica en energía sin ser espesa. Esto es importante, ya que con los atoles de cereales no fermentados -sobre todo los más aguados- el estómago del niño se llena antes de comer lo suficiente para obtener las calorías que su cuerpo necesita para una nutrición adecuada. Los atoles agrios, con más calorías para la misma viscosidad en comparación con los no acidificados, solucionan parcialmente este problema.²⁴² (Desde luego, es muy importante no considerar las bebidas de rehidratación oral como un sustituto de la comida sólida -y que las madres sean animadas, mientras dan la bebida, a dar también alimentos sólidos tan pronto como el niño los tolere-. Véase la discusión del asunto en pp. 68 y 73)

Harina germinada para una TRO más energética

Otra posibilidad para una bebida de rehidratación mejor es el uso de harina germinada (harina hecha de cereales que han comenzado a brotar). Como en la fermentación, la adición de harina germinada (rica en la enzima amilasa) a una bebida de cereales disminuye sustancialmente su viscosidad. Esto

significa que la bebida puede hacerse más concentrada (más energética) sin hacerse demasiado espesa.²⁴³ Si se añade un poco de harina germinada a una mezcla de TRO de cereales (fermentada o de otro tipo) se obtiene una bebida que suministra más calorías por unidad de volumen, y ayuda así a minimizar el déficit nutricional durante el periodo de la diarrea en que el niño acepta poco o ningún (otro) alimento.²⁴⁴

En algunos países africanos (p.ej. Uganda y Ruanda) y también asiáticos (como la India) los alimentos complementarios del destete se preparan tradicionalmente usando tanto la fermentación como el grano germinado.²⁴⁵ Esto ofrece la posibilidad de obtener una TRO mejorada de baja viscosidad y alta energía basada en costumbres locales: una «SuperTRO» que se base en la tradición local. Hasta hoy, la mayor parte de la investigación sobre la fermentación y la germinación se ha centrado en su uso como alimentos complementarios. La investigación sobre su uso potencial como TRO es enormemente necesaria y levanta grandes expectativas.

* Aunque nos referiremos principalmente a las bebidas «basadas en cereales», diversos estudios han demostrado que otros alimentos como las patatas, camotes e incluso sopa de pollo o lentejas también resultan eficaces.

** Probablemente se necesita menos sal en las mezclas basadas en cereales que en las de azúcares, porque los cereales ya tienen algo de sodio y porque la reducción de la diarrea permite una mejor absorción de sal en el intestino. Al recomendar menos sal, hay mucho menos riesgo de que las madres añadan cantidades peligrosamente grandes. Hay también evidencias de que las mezclas de cereales sin sal añadida serían eficaces (aunque probablemente menos que las que tienen sales) en la prevención de la deshidratación en la mayoría de los casos de diarrea. Las madres de Mozambique aportan resultados excelentes al tratar la diarrea con mezclas de cereales sin sal.

CONCLUSIÓN A LA PARTE 2

Entre las explicaciones oficiales del escaso impacto de las iniciativas dominantes de TRO se encuentran: poca aceptación por los usuarios, deficiente educación sanitaria, *marketing* social inadecuado, dificultades en la producción y suministro de los sobres de SRO, etc. Pero, como hemos visto, los problemas son más básicos.

Uno de los problemas es la idea de que una medida tecnológica puede resolver una enfermedad tan profundamente enraizada en las desigualdades económicas y sociales. Otro problema ha sido el haber dado más importancia al producto que al proceso: comercializar sobres de SRO en lugar de facilitar el uso inteligente e informado de preparaciones caseras. El producto ha sido empaquetado y promocionado como una «medicina milagrosa», creando así falsas expectativas y disminuyendo los esfuerzos para buscar alternativas más baratas, y potencialmente más eficaces, de fabricación casera. Las familias son incitadas a malgastar sus limitados recursos económicos para comida en un producto fantástico, medicalizado y (para la mayoría de las diarreas) innecesario. Así, la TRO -cuando no se introduce de forma liberadora- puede suponer un déficit adicional en la nutrición de unos niños ya bastante desnutridos. Por último, pero no menos importante, la tecnología de las SRO -como las demás intervenciones en pro de la Supervivencia Infantil- fue desarrollada de forma selectiva y desde arriba. Se han hecho pocos esfuerzos por dotarla de un enfoque integral para resolver las causas subyacentes de la muerte por diarrea: la desnutrición y la pobreza extrema.

Nuestra tesis es que el fracaso de la TRO en cumplir sus expectativas se basa sobre todo en el hecho de que el poder de decisión sobre la TRO está concentrado en pocas manos. A pesar de la buena voluntad de muchos de ellos, el clima social conservador y las malas condiciones económicas de los años 80 llevó a muchos responsables de política sanitaria a cambiar el enfrentamiento con el injusto orden mundial por un intento de mitigar sus efectos.

Involucrar plenamente a los menos favorecidos en la planificación y ejecución de las iniciativas de salud y desarrollo que les afectan no es sólo un imperativo ético, sino pragmático. Es un paso crucial en el proceso de liberación, democratización e igualdad, que es la clave del verdadero desarrollo y la salud para todos.

En la Parte 3 intentaremos situar desde una perspectiva histórica la actual atmósfera política que dicta las políticas sanitarias y los modelos que determinan la falta de salud. También veremos las formas mediante las cuales tres industrias multinacionales -productoras de sucedáneos de leche materna, farmacéuticas y de armamento- contribuyen a la mala salud en el Tercer Mundo y, de forma particular, a la alta mortalidad infantil por diarrea.



INTRODUCCIÓN A LA PARTE 3

Al considerar qué determina la salud de una población debemos analizar no sólo las causas de la falta de salud, sino también identificar los factores que mejoran la salud y el bienestar de las poblaciones. En la Parte 3 comparamos poblaciones que han conseguido una relativa buena salud con otras que no lo han logrado, y buscaremos el porqué. ¿Cuáles son las principales características o circunstancias -médicas, medioambientales, sociales, económicas o políticas- que han sido determinantes en la mejora de la salud?

Suele asumirse que los determinantes clave del bienestar son los avances médicos y las mejoras de los servicios de salud. Pero, como veremos en los siguientes capítulos, las evidencias presentes y pasadas parecen refutar esta suposición.

En el Capítulo 11 comparamos la situación sanitaria, presente y pasada, de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Examinamos evidencias, recientes e históricas, que muestran que los principales logros a largo plazo en la salud y la supervivencia son debidos más a factores políticos, económicos y de cambio social que a los avances médicos.

En el Capítulo 12 prestamos atención a algunos de los grupos de poder que obstaculizan el camino hacia el desarrollo sostenible y la mejora del nivel de salud. En concreto, analizamos el papel de las corporaciones multinacionales, que en las últimas dos décadas han contribuido cada vez más a promover un modelo de desarrollo que antepone la codicia empresarial a las necesidades humanas. Nos centramos en los productores de sucedáneos de la leche materna y en las multinacionales farmacéuticas -cuyas prácticas sin escrúpulos contribuyen directamente a la alta tasa de mortalidad infantil por diarrea-. También analizamos el impacto de la industria de armas en la salud.

En el Capítulo 13 examinamos lo que está suponiendo una de las mayores amenazas a la Atención Primaria de Salud Integral: *la intrusión del Banco Mundial en el diseño de las políticas de salud del Tercer Mundo*. Veremos cómo las políticas del Banco Mundial, y el modelo de desarrollo orientado al mercado, han anulado muchos de los avances logrados en las pasadas décadas hacia una sociedad que contemple la salud y la cobertura de las necesidades básicas de todos los individuos como derechos humanos fundamentales.

En el Capítulo 14 comparamos modelos opuestos de cobertura de las necesidades de salud de una nación. Como ejemplo extremo de *mala salud a alto coste*, veremos a Estados Unidos que, a pesar de su enorme gasto en atención médica, tiene los peores niveles de salud de todos los países industrializados. A continuación, como ejemplo de *buna salud a bajo coste*, veremos un estudio de la Fundación Rockefeller sobre cuatro países (Costa Rica, China, Sri Lanka y el estado de Kerala en la India) y también analizaremos la atención de salud en Cuba. Basándonos en esta comparación, veremos que las grandes desigualdades producen sociedades insanas, al margen de la riqueza nacional, mientras que un fuerte compromiso con la igualdad se traduce en buenos niveles de salud, incluso en países pobres.

En el Capítulo 15 exploramos dos cuestiones altamente preocupantes al considerar cuestiones sobre desarrollo sostenible, supervivencia infantil y la posibilidad de salud para todos -hablamos del *SIDA* y el *crecimiento de la población*-. Una vez más, vemos que los intentos de alto nivel de controlar ambos factores han usado sobre todo intervenciones tecnológicas (preservativos, etc.), sin llegar a las causas sociales que originan estas condiciones. Veremos cómo para el SIDA y el crecimiento de la población, al igual que para el control de la diarrea y la *salud para todos*, la igualdad social puede ser la clave de cualquier solución a largo plazo.

Empecemos revisando el proceso histórico que ha logrado mejoras en la salud de los países desarrollados (industrializados).

Situación Sanitaria de Distintas Regiones en Distintos Momentos de la Historia: Una Perspectiva Comparativa

- [Indicadores de la salud](#) de una población
- [Desarrollo en el mundo «desarrollado»](#)
- El [desarrollo del subdesarrollo](#)
- El desarrollo de la asfixiante [deuda externa del Tercer Mundo](#)
- [Amenazas actuales para la Salud](#): crisis de la deuda, recesión y ajuste
- [Políticas de ajuste estructural](#): salvando a los ricos a expensas de los pobres

Indicadores de la salud de una población

Gráfico 3.1. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1000 nacimientos), PNB per cápita, distribución de la riqueza (definida como proporción del ingreso recibido por el 20% de hogares con el ingreso más alto y el 40% de hogares con el ingreso más bajo) y otros indicadores en varios países. Fuente: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, pp. 84-87.

PAÍS	TMM5 1998	TMI 1998	Población total (millones) 1998	PNB per cápita (dólares) 1997	Esperanza de vida al nacer (años) 1998	Tasa de alfabetización de adultos 1995	Ingresos del 40% más pobre de la población	Ingreso de 20% rico pob
Níger	280	166	10,1	200	49	13	19	
Mozambique	206	129	18,9	140	44	40	-	
Gabón	144	85	1,2	4120	52	63	-	
Bangladesh	106	79	124,8	360	58	38	23	
India	105	69	982,2	370	63	50	22	

Bolivia	85	66	8,0	970	62	82	15
Egipto	69	51	66,0	1200	67	51	21
Sudáfrica	83	60	39,4	3210	54	83	9
Perú	54	43	24,8	2610	68	88	14
Botsuana	48	38	1,6	3310	47	73	11
China	47	38	1255,7	860	70	80	15
Brasil	42	36	165,9	4790	67	83	8
Vietnam	42	31	77,6	310	68	91	19
México	34	28	95,8	3700	72	89	12
Sri Lanka	19	17	18,4	800	73	90	22
Costa Rica	16	14	3,8	2680	76	95	13
Jamaica	11	10	2,5	1550	75	85	16
Cuba	8	7	11,1	1170	76	96	-
Estados Unidos	8	7	274,0	29080	77	99	15
Reino Unido	6	6	58,6	20870	77	-	20
España	6	6	39,6	14490	78	97	20
República Checa	6	5	10,3	5240	74	-	24
Francia	5	5	58	26300	78	-	20
Corea del Sur	5	5	46	10550	73	97	20
Singapur	5	4	3	32810	77	91	15
Suecia	4	4	8	26210	79	-	24

Para comparar la salud de distintas poblaciones, y los cambios en la salud de una población, es útil establecer algún tipo de indicadores de salud. Las tasas de mortalidad y la esperanza de vida son las

mas usadas.

Durante muchos años, UNICEF y otros muchos consideraron la *tasa de mortalidad infantil* (TMI) como el mejor indicador del nivel general de salud de una población. La TMI es el número de muertes entre niños menores de un año por cada 1000 nacimientos. No son los niños los únicos especialmente vulnerables a los estragos de las enfermedades, pero su supervivencia depende de diversos factores, desde biológicos y medioambientales a económicos y culturales. Aunque la TMI es todavía un indicador muy utilizado, el UNICEF considera ahora que la *tasa de mortalidad de menores de 5 años* (TMM5) es una medida más fiable del bienestar de una población. Está claro que ninguna estadística de mortalidad refleja completamente la salud o la calidad de vida de los que sobreviven; sin embargo, si aceptamos la TMI y la TMM5 como indicadores aproximados de la salud de una población, podemos observar llamativas diferencias entre diferentes países y diferentes épocas. Esto nos permite relacionar las condiciones económicas, sociales y políticas con los niveles de salud infantil.

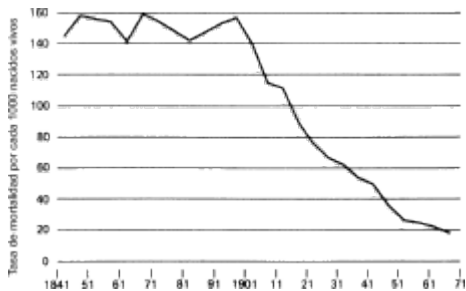


Gráfico 3.2. Mortalidad infantil anual en Inglaterra y Gales¹

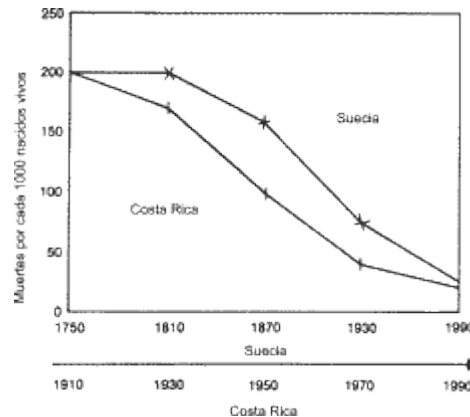


Gráfico 3.4. Comparación entre las tasas de mortalidad infantil de Suecia y Costa Rica³

Por ejemplo, la situación económica de un país suele relacionarse, más o menos, con su situación sanitaria. La tabla 3-1 nos muestra que la TMM5 puede ser hasta setenta veces mayor en los países pobres que en los ricos, mientras que la TMI es como mucho cuarenta veces mayor. Sin embargo, como discutiremos mas tarde, la riqueza total de un país no es el determinante más importante de la salud de sus ciudadanos.

Para tener alguna idea de cómo los indicadores de salud de un país cambian con su desarrollo, podemos comparar tasas de mortalidad actuales con algunos puntos de referencia históricos.

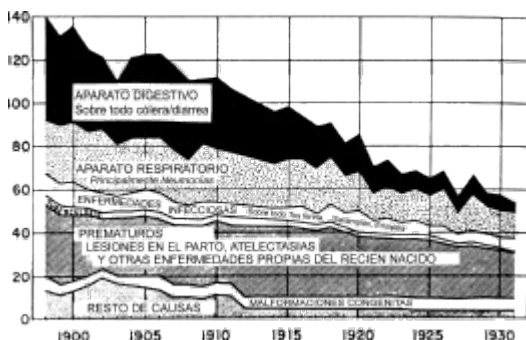


Gráfico 3.3. Mortalidad infantil y sus causas principales en la ciudad de Nueva York (Tasas por 1000 nacimientos)²

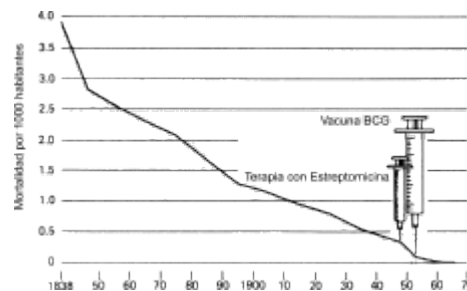


Gráfico 3.5. Disminución de la TBC en Inglaterra y Gales antes de las medicinas antituberculosas⁵

Los gráficos 3-2, 3-3 y 3-4 muestran las tendencias de las TMIs en varios países del Norte y del Sur. Se puede ver que en Gran Bretaña, Suecia y en la ciudad de Nueva York todavía morían más de 100 de cada 1000 recién nacidos a finales siglo diecinueve. Esto supone una tasa de mortalidad infantil

más alta que la de muchos países subdesarrollados en la actualidad. Por otra parte, las principales causas de mortalidad en Inglaterra y Gales en el siglo XIX eran esencialmente las mismas enfermedades infecciosas que matan hoy a los niños de los países subdesarrollados: diarrea, sarampión e infecciones respiratorias como neumonía, tuberculosis y tos ferina. Incluso las enfermedades que ahora llamamos tropicales, como la malaria y la lepra, causaban entonces problemas tan al norte como en Escocia y Ontario (Canadá). El cólera era antiguamente un azote temido en Europa.

¿Qué provocó que las TMI de Europa y Estados Unidos bajaran hasta los niveles actuales? Esta espectacular disminución es atribuida a veces a avances médicos, como el descubrimiento de los antibióticos y las vacunas. Sin embargo, las evidencias sugieren otra cosa. Diversos estudios han mostrado que la caída de la TMI de Inglaterra y Gales fue debida principalmente al descenso de las muertes por enfermedades infecciosas, pero este descenso de las enfermedades infecciosas ocurrió bastante antes del descubrimiento de los antibióticos y las vacunas.⁴

El gráfico 3-5 muestra que la tasa de mortalidad por tuberculosis, la causa aislada de muerte más importante en Inglaterra y Gales en el siglo diecinueve, cayó notablemente antes del desarrollo de cualquier medicina eficaz o vacuna. Existen patrones similares en la disminución del sarampión, la tos ferina y otras de las más importantes causas de muerte entre los niños de los países en desarrollo.

Desarrollo en el mundo «desarrollado»

Para entender si las naciones subdesarrolladas de hoy pueden esperar repetir los progresos en la salud de los países desarrollados debemos primero examinar cómo se produjeron esos progresos. Históricamente, la caída de las tasas de mortalidad del Norte coincidió con adelantos en la nutrición y las condiciones de vida y trabajo de la clase obrera y de las familias pobres. Dado que las circunstancias de este proceso están especialmente bien documentadas en Inglaterra y Gales, los usaremos como caso práctico.⁶

La mejora del nivel de vida y la salud de la población inglesa suele relacionarse con la Revolución Agrícola del siglo dieciocho y la Revolución Industrial de 1750-1850. Sin embargo, estas revoluciones tuvieron aspectos positivos y negativos. Aunque el cambio hacia la agricultura y la industria a gran escala aumentó la producción de alimentos y bienes, también agravó la escasez de tierra, la emigración a las ciudades, el desempleo, las condiciones insalubres y la desnutrición -todo lo cual tuvo devastadoras consecuencias sobre la salud de los pobres y la clase trabajadora-. La miseria desencadenada por tales injusticias provocó otro tipo de revolución: la revolución de la clase trabajadora, que hizo despertar a los oprimidos dando lugar a una lucha unida y organizada. Fue esta clase de lucha, la exigencia de sus derechos por parte de los desfavorecidos, la que al final provocó la redistribución de los recursos y extendió las mejoras en la salud y las condiciones de vida.

En resumen, las revoluciones agrícola e industrial no mejoraron por sí mismas la salud de la población pero, debido a los graves apuros que ocasionaron a millones de personas, desencadenaron una exigencia popular organizada para conseguir una sociedad más justa y equitativa.

Uno de los primeros pasos hacia la producción capitalista a gran escala, que simbolizó la Revolución Agrícola, fue el Movimiento *Enclosure* (cercado de campos), que alcanzó su punto álgido entre 1760 y 1812. Grandes terratenientes, deseosos de hacer enormes fortunas vendiendo alimentos a la creciente población de Gran Bretaña, desecharon los «campos comunes» (sistema de tenencia de tierras de campos abiertos) que había prevalecido durante casi mil años.⁷ Estos magnates de la tierra acumularon, concentraron y cercaron tierras que antes habían sido cultivadas por pequeños campesinos para su propia subsistencia, así como tierras que habían sido usadas por todos los miembros de la comunidad como pastos o para recolectar leña.⁸ En esencia, el movimiento de cercado de campos reemplazó la agricultura de subsistencia a pequeña escala por

una agricultura comercial a gran escala. Esto aumentó la producción de alimentos, pero también obligó a muchos pequeños campesinos a abandonar sus tierras, y muchos de ellos emigraron a las ciudades y se convirtieron en los obreros de la Revolución Industrial. Las semillas de la consiguiente lucha de clases están vivamente captadas en las palabras desesperadas de un participante de un motín rural que tuvo lugar en 1816:

*Aquí estoy entre el Cielo y la Tierra, así que ayúdame Dios mío. Perdería mi vida antes que llegar a casa como estoy. Pan quiero y pan tendré.*⁹

La migración a las ciudades de las familias desplazadas del campo, conocida como «éxodo rural», persistió durante toda la revolución agrícola y la industrial. Estas familias se congregaron en barrios de chabolas con viviendas muy deficientes y agua y saneamiento enormemente inadecuados. El hacinamiento y la falta de higiene de estos guetos urbanos se corresponden con los asentamientos ilegales actuales del Tercer Mundo.

En los primeros tiempos de la Revolución Industrial la desnutrición era la norma. Esto se evidencia por el retraso del crecimiento registrado en los escolares ingleses, que realza el vínculo entre desnutrición y pobreza. En la década de 1870, los niños de más de 11 años de los colegios de la clase trabajadora eran, por término medio, de tres a cinco pulgadas (7,6-12,7 cm.) más bajos que sus equivalentes de los colegios de clase alta. Hoy día, aunque los niños del Tercer Mundo son, por término medio, más bajos que los de los países desarrollados, los niños de las familias ricas del Tercer mundo son tan altos como los niños del Primer Mundo.¹⁰

Friedrich Engels observó disparidades similares en los indicadores de salud entre ricos y pobres en su revolucionario trabajo de 1845, *Die Lage der Arbeitenden Klasse in England* (La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra). Engels vio que la tasa de mortalidad de las clases bajas era dos veces más alta que la de las clases altas.¹¹

En el siglo diecinueve el hambre, la pobreza y el desempleo de Inglaterra provocaron primero el descontento general, y luego huelgas y revueltas populares. El Estado respondió con una represión brutal; de hecho, la policía británica fue creada en 1829, precisamente para contrarrestar tales disturbios. La miseria popular y el descontento llevaron a la formación de sindicatos, cuya exigencia básica era que los patronos pagaran a los obreros lo suficiente para alimentar a sus familias. La toma de conciencia inducida por estas exigencias, junto con los escritos de Dickens y otros activistas sociales, tuvieron al final efecto. Algunas figuras influyentes de las clases media y alta empezaron a pedir medidas para mejorar la situación de los pobres, ya fuera por compasión (especialmente por los niños pobres) o por un deseo pragmático de detener las revueltas.

Durante décadas, la presión de los sindicatos y de los reformadores consiguió mejoras en los salarios y las condiciones laborales. El creciente desencanto público por la alta mortalidad por enfermedades infecciosas -y en particular por cuatro grandes epidemias de cólera entre 1830 y 1866- forzó al parlamento a aprobar las Leyes de Salud Pública de 1848, 1866 y 1875.¹² La Ley de 1875 creó comités locales responsables de las medidas sanitarias. Las iniciativas sobre salud incluían regulaciones medioambientales sobre el suministro de agua, aguas residuales, viviendas, matanza del ganado, hospitales de cuarentena y la creación de parques y otros espacios abiertos, así como una educación más universal.¹³



Sopa de Monstruos, habitualmente llamada agua del Támesis (grabado de 1828).

En resumen, las profundas mejoras en la salud de la población inglesa resultaron de los progresos en las condiciones de vida y trabajo y en la nutrición. Más en general, fueron resultado directo de los progresos en la igualdad social. Estos adelantos no fueron resultado automático del crecimiento económico. La gente pobre tuvo que luchar por ellos frente a la resistencia de los intereses creados de los privilegiados. En los demás países industrializados tuvieron lugar procesos similares.

Los cambios en el orden social que benefician a los desfavorecidos suelen encontrar la resistencia de la elite dirigente, y requieren una presión organizada desde abajo. Como expresó Frederick Douglass, un líder de la lucha para abolir la esclavitud en Estados Unidos:

«Sin lucha no hay progreso [...] El poder no concede nada si no se le exige. Nunca lo hizo y nunca lo hará [...] Puede que el pueblo no obtenga todo por lo que trabaja [...] pero es seguro que tiene que trabajar por todo lo que consiga.»¹⁴

Otra lección importante de la historia es que los cambios sociales que benefician a los desfavorecidos, una vez logrados, deben ser defendidos de manera vigorosa y continuada; Thomas Jefferson dijo que *las revoluciones hay que volver a lucharlas cada 20 años*.

Hoy, Londres se enfrenta una vez más a crecientes niveles de pobreza, chabolismo, niños en la calle y desigualdad, como en la ciudad de Nueva York. Bajo el liderato conservador de Margaret Thatcher, el nivel de vida de las clases bajas se deterioró de manera incuestionable. Sin embargo, en comparación con la situación del siglo diecinueve, los derechos y salarios de los obreros ingleses actuales son mucho mejores, como su nutrición, sus condiciones de vida, el suministro de agua y el saneamiento. Los sindicatos siguen siendo relativamente fuertes. La educación es casi universal. Y, aunque el Servicio Nacional de Salud ha sido parcialmente desmantelado y privatizado por las administraciones conservadoras, todavía hay servicios básicos de salud a costa del Estado para la mayoría de los ciudadanos.

La difícil situación actual de muchos niños del Tercer Mundo es comparable a la de los niños pobres de la Inglaterra del siglo XIX, cuyas trágicas vidas y muertes fueron muy bien descritas por Charles Dickens en *Oliver Twist* y otras novelas. Con pocos cambios, los pillos de las calles del Londres de Dickens podrían pasar por los niños «intocables» de *La Ciudad de la Alegría* de Dominique Lapierre (basada en los barrios pobres de Calcuta, India), o por *Pixote*, el niño sin hogar de la película Brasileña del mismo título, o por *Krishna*, de la película india *Salaam Bombay*.

Los creadores de todas estas novelas y películas desgarradoras, de ayer y de hoy, dan vida a la tragedia personal y al sufrimiento que muchas veces se pierde cuando hablamos de «tasas de mortalidad de menores de cinco años» (TMM5). Dejan claro que el hambre, la pobreza, el desempleo, los salarios inadecuados, las condiciones de vida miserables -en gran parte consecuencia de la explotación continua del débil por el fuerte y del escaso poder de la mayoría pobre- son los factores clave que hay detrás de la enfermedad y la muerte temprana.

Tras haber mirado a algunos de los acontecimientos y enfrentamientos que llevaron a la mejora de los niveles de vida y la salud en los países industrializados del Norte, ¿podemos esperar de manera realista que los países actuales del Tercer Mundo sigan un camino similar de desarrollo económico y social? Antes de valorar esta cuestión, debemos examinar brevemente las razones de la actual situación de subdesarrollo de estos países.

El desarrollo del subdesarrollo

En gran medida fue la implacable explotación del mundo no europeo lo que hizo posible la revolución industrial. La rápida colonización diezmó las poblaciones indígenas de África, Asia y

América. Sus economías de subsistencia, patrones culturales y todos sus modos de vida fueron quebrantados. La introducción de enfermedades infecciosas, como la viruela y el sarampión, prácticamente destruyó poblaciones enteras que no habían sido expuestas anteriormente. Además, la riqueza robada a las colonias del Sur fue el combustible para la industrialización de muchos países del Norte. Esto fue particularmente cierto en Gran Bretaña, donde el comercio exterior fue una fuente principal de capital nuevo. La industria textil del algodón, por ejemplo, contribuyó a proporcionar capital para el desarrollo de las industrias nacionales del hierro, el acero y de maquinaria. La historia fue la misma en otros países europeos, como España, Portugal, Francia y los Países Bajos. Para empeorar las cosas, muchos países colonizados del Sur se convirtieron en víctimas del comercio de esclavos, otra gran fuente de capital para las naciones colonizadoras. Tras ser embarcados los primeros esclavos para Virginia en 1619, diez millones de africanos fueron secuestrados para América en un mercado humano que continuó hasta 1867. De esta forma, el nacimiento de las economías privadas de mercado orientadas al lucro (i.e., el capitalismo) que acompañó a las revoluciones agrícola e industrial, fue posible a costa de la gente pobre de los países del Norte, así como de sus colonias del Sur.

Hacia la década de 1860 las fuerzas del mercado y la libre competencia que habían estimulado el desarrollo de la industria europea, habían aumentado de manera indudable la producción de bienes. Pero la producción mecanizada comenzó a reemplazar a los trabajadores, aumentando así el desempleo y haciendo caer los salarios, desencadenando la primera depresión económica grave de Europa. Con el propósito de conseguir la recuperación económica, muchas industrias se fusionaron, lo que provocó un giro desde las condiciones de relativa competencia a unas más monopolísticas, con el poder económico concentrado.

Esta transición desde unidades pequeñas y competitivas de producción a grandes industrias monopolísticas se ha acelerado durante el siglo XX con profundas repercusiones para el Tercer Mundo. Los intereses empresariales del Norte se volcaron cada vez más en el Sur sin industrializar como salida lucrativa para invertir sus excedentes de capital. Exportando su método de producción monopolístico y a gran escala a los países subdesarrollados, las naciones industrializadas ahogaron el desarrollo económico autóctono. De esta manera, los poderosos intereses empresariales del Norte transformaron el Tercer Mundo en un campo preparado para la inversión.

La tendencia hacia el monopolio, la progresiva concentración del poder económico y el aumento de inversión en el Tercer Mundo han culminado durante el siglo XX con la formación de gigantescas corporaciones multinacionales (CMNs) o transnacionales.* Hoy, el total de las ventas de las 350 mayores CMNs superan a los productos nacionales brutos individuales de todos los países del Tercer Mundo.¹⁵ Muchas CMNs se han diversificado, invirtiendo en industrias muy distantes de sus líneas originales negocio. Las CMNs realizan en torno a dos terceras partes de su actividad en países desarrollados, y el tercio restante en Asia, África y América Latina. Al principio, sus operaciones en el Tercer Mundo se centraban en la minería y la agricultura. Sin embargo, en las últimas décadas, las CMNs han empezado a trasladar sus fábricas a los países del Tercer Mundo con infraestructuras adecuadas (como México, Corea del Sur, Taiwán y Sudáfrica) para aprovecharse de su mano de obra barata y menos organizada. (El impacto negativo de las CMNs sobre la salud se trata en el Capítulo 12.)



El subdesarrollo del Tercer Mundo, un proceso aún en marcha

Hemos perfilado brevemente el proceso mediante el cual el Primer Mundo ha colonizado y se ha aprovechado del Tercer Mundo. Comprender esta dinámica histórica es crucial para evaluar si el Tercer Mundo puede ahora repetir el proceso que llevó al desarrollo social y económico, y a las correspondientes mejoras en la salud, de Europa.

Hoy día monopolios gigantescos, con su avanzada tecnología y su sofisticada habilidad para dominar el mercado, han penetrado en la mayor parte del Tercer Mundo. Como pasó en la Inglaterra feudal, los intereses de los ricos (extranjeros y nacionales) se han apropiado de grandes extensiones de tierra de pequeños campesinos para expandir los cultivos comercializables. La introducción de la industria agrícola a gran escala -promovida por la ayuda externa como una forma de desarrollo- ha dejado sin tierra a millones de habitantes del campo del Tercer Mundo. Un estudio estima que «en el Tercer Mundo al menos 1.000 millones de personas del campo (aproximadamente una de cada tres) han sido privados de tierras de cultivo.»¹⁶ El cambio en la posesión de la tierra también ha perjudicado a la agricultura tradicional de subsistencia, provocando una caída brusca de la producción de alimentos para el consumo local y un aumento de la desnutrición. (La escasez de tierra también ha sido citada como una causa que contribuyó al reciente genocidio de Ruanda.)¹⁷

Algunos pequeños campesinos que han sido echados de sus tierras encuentran empleo trabajando para grandes terratenientes o empresas agrícolas de capital extranjero. Sin embargo, estos trabajos escasean a medida que el trabajo manual es reemplazado por máquinas. Por ello, la mayoría de los campesinos sin tierra emigraron a los barrios urbanos de chabolas en busca de trabajo, una preocupante repetición del éxodo rural de la Inglaterra del siglo diecinueve. Hoy, cerca de 45% de los habitantes del mundo (unos 2600 millones) vive en las ciudades, y el Instituto Worldwatch estima que para el año 2025, aproximadamente el 60% (unos 4.000 millones) residirá en áreas urbanas.¹⁸ Una vez allí, los trabajadores emigrantes descubren que la industria mecanizada de propiedad extranjera sólo puede absorber a una parte de ellos. El desempleo general que resulta del llamado *crecimiento sin empleo* de la gran industria se traduce en sindicatos débiles y caída de salarios.

El ingenio de los pobres que emigraron a las ciudades ha desarrollado el llamado sector extraoficial. (Se refiere a la gente que gana dinero al margen de la economía de salarios, mediante actividades improvisadas como trabajos ocasionales o chapuzas, venta ambulante, recolección de basura, fabricación de cestas, reparación de zapatos, venta de agua y guiado de turistas -por no mencionar el robo, la prostitución, la venta de drogas y las apuestas-.)¹⁹ Mientras tanto, la suciedad, el hacinamiento de los barrios pobres y las chabolas se expanden a un ritmo alarmante en Latinoamérica y el Sudeste de Asia (y en menor medida en África, que ha sido tradicionalmente

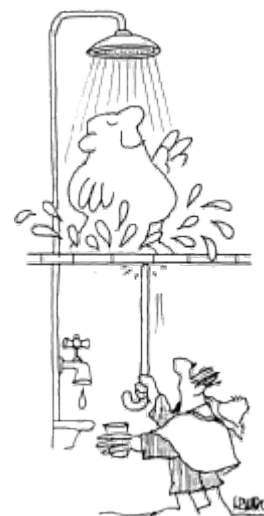
más rural). El *cinturón séptico* de muchas ciudades posee hoy tasas más altas de enfermedad y muerte que muchas áreas rurales.²⁰ Debido a la falta de higiene y al hacinamiento, las enfermedades diarreicas de los niños son particularmente devastadoras.

Del goteo hacia abajo al goteo hacia arriba

Durante los años 50, la corriente principal de pensadores sobre el desarrollo vio el crecimiento económico nacional mediante las grandes empresas y el comercio internacional como una panacea que al final «gotearía» desde las elites del Tercer Mundo a la mayoría pobre. En las dos décadas siguientes, sin embargo, se hizo evidente que era más lo que goteaba hacia arriba que lo que goteaba desde arriba. El crecimiento económico se acompañó a menudo de un crecimiento de la pobreza. El desempleo creciente y la caída de los salarios llevaron a una mayor desigualdad social y económica.²¹

Un claro ejemplo de esto es el «milagro económico» de Brasil de finales de los 60 y principios de los 70. El golpe militar de 1964 fue seguido en Brasil de un rápido crecimiento económico. En su estudio de la ciudad de São Paulo, Charles Wood muestra que este milagro se basó en la explotación intensiva de la clase obrera, lo cual se tradujo una caída sustancial de los salarios y del nivel de vida de la mayoría de la población. De forma similar, Filipinas experimentó un aumento en el producto nacional bruto (PNB) per cápita durante la primera mitad de los años 70, pese a que el número de filipinos viviendo en la pobreza aumentó durante ese periodo.²²

Esta correlación entre crecimiento económico del sector industrial y aumento de la miseria de los pobres incitó a George Kent en *The Politics of Children's Survival* (Las Políticas de Supervivencia Infantil) a defender el uso de las tasas de supervivencia infantil en vez del crecimiento económico como indicador del nivel de desarrollo de una sociedad.²³ Kent reconoce que esto sería un «indicador sesgado, particularmente sensible a las condiciones de los pobres», pero argumenta que la «medida más convencional del desarrollo, el producto nacional bruto per cápita, también es un indicador sesgado, que en este caso favorece los intereses de los ricos.»²⁴ Se puede razonar que una medida aún mejor del desarrollo incluiría indicadores de la calidad de vida, como las tasas de enfermedad y desnutrición, y no sólo las tasas de supervivencia.



Como hemos visto, la situación actual del Tercer Mundo recuerda la del Primer Mundo en los siglos dieciocho y diecinueve, pero en algunos aspectos es bastante diferente. Enfrentados con circunstancias similares, los países ahora industrializados consiguieron mejoras en la salud sobre todo gracias a progresos generalizados en nutrición, saneamiento, condiciones de vida y de trabajo, y educación. Esto se logró mediante la combinación de diversos factores, incluyendo la presión de los sindicatos para la mejora de los salarios y de las condiciones de trabajo, la preocupación de las elites por la estabilidad social y la presión de movimientos sociales como el movimiento *Health of Towns* (Ciudades Saludables). El crecimiento industrial había creado muchas de las nuevas amenazas para la salud, pero también contribuyó a mejores condiciones de vida y nuevos programas sociales. El impacto de unas estrategias de prevención y unos tratamientos más eficaces sobre el nivel de salud de la población vino mucho después, y fue menos significativo, que la mejora de las condiciones de vida. (Es difícil diferenciar el impacto de las nuevas tecnologías preventivas y de tratamiento del impacto del aumento de los conocimientos sanitarios de la población, que suele acompañar a la generalización del acceso a la atención médica.)

El mundo subdesarrollado de hoy tendría que ser capaz de lograr avances en salud, en parte mediante un proceso similar. Pero la tarea de mejorar la salud y superar el subdesarrollo es más complicada que simplemente reconstruir el camino del desarrollo de los países industrializados. Los

caminos del desarrollo de cada país tienen que situarse dentro del contexto más amplio de la economía mundial. Diversos mecanismos explotadores utilizados por el Norte no pueden ser reproducidos por las actuales naciones en desarrollo. Nos referimos a (1) el saqueo de las riquezas humanas y materiales de las demás naciones, (2) el comercio de esclavos, y (3) la exportación del excedente de capital y la importación de materias primas de países más débiles y dependientes bajo relaciones comerciales explotadoras.^{**}

Buena parte del capital que se necesitó para la industrialización de los países del Norte procedió de la explotación de «sus» colonias. Los países subdesarrollados de hoy no están en posición de explotar ninguna colonia de su propiedad; por el contrario, continúan siendo explotadas por un sistema comercial y financiero estructurado para servir a los intereses de la elite y las clases medias del Norte. Las economías del Tercer Mundo están cada vez más dominadas por las corporaciones multinacionales del Primer Mundo, que se han aliado con las elites del Tercer Mundo. Dados todos estos factores, la ruta que siguió el Primer Mundo para desarrollarse está cerrada para la mayoría de los países en vías de desarrollo.

Además, cada vez más ciudadanos del Primer y el Tercer Mundo están valorando el camino del desarrollo del Norte (o del Oeste) y decidiendo que no parece que sea deseable, éticamente aceptable o ni siquiera factible. Ven que el desarrollo convencional incluye desigualdades manifiestas y crecientes. Es más, aunque el modelo occidental de desarrollo tuviera éxito en muchos más países, el medio ambiente mundial no podría mantener el uso excesivo de los recursos y la producción masiva de desechos.

Si nuestro actual modelo de desarrollo no ha logrado un crecimiento económico sostenible en muchos países del Tercer Mundo, ha tenido aún menos éxito en producir un verdadero desarrollo socioeconómico y humano para las mayorías pobres de esos países. Para millones de personas las mejoras de los ingresos, la nutrición, las condiciones de vida, la atención de salud y la educación han sido, en el mejor de los casos, mínimas, y para muchos la calidad general de vida ha empeorado. Más de mil millones de personas siguen viviendo en la pobreza absoluta.²⁵

El desarrollo de la asfixiante deuda externa del Tercer Mundo

En su informe *Estado Mundial de la Infancia* de 1989, el UNICEF culpaba de los retrocesos de los años 80 en la salud y el desarrollo a la «prisión financiera» por el «aumento de los pagos en concepto de amortización e intereses de la deuda externa y la caída de los precios de los productos básicos».²⁶ Esta crisis de la deuda tiene su origen principalmente en los préstamos irresponsables hechos por grandes bancos comerciales de EE.UU., Europa y Japón.²⁷ Veamos los hechos que condujeron a los países del Tercer Mundo a esta trampa de la deuda.

Durante la década de los 70 la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) cuadruplicó el precio del petróleo. Estos países ricos en petróleo depositaron gran parte de las ganancias resultantes en bancos del Norte. Inundados de dinero, los bancos decidieron invertir en el desarrollo del Tercer Mundo, cuyas condiciones fueron en gran parte determinadas por los prestamistas del Norte. Se concedieron enormes préstamos a grandes empresas agrícolas y a la gran industria, las cuales producirían bienes para exportar y generar así las divisas necesarias para pagar la deuda.

Estos préstamos eran distribuidos generosamente sin evaluar la capacidad de las naciones receptoras para devolverlos. De hecho, en muchos casos estaban siendo pagados con tasas de interés negativas (tasas de interés más bajas que la tasa de inflación del momento). Un aura de optimismo llevó a los funcionarios bancarios a creer que los países endeudados se acercarían progresivamente a la prosperidad económica, y que sus préstamos rendirían generosas ganancias. Así, entre 1970 y principios de los 80, la deuda externa del Tercer Mundo aumentó desde 68.000 a 596.000 millones de dólares.²⁸

Sin embargo, la situación ha cambiado enormemente desde 1981. El presidente Reagan llegó al poder con un programa electoral de limitación de la oferta de dinero (subiendo el tipo de interés) para controlar la inflación y reducir los impuestos nacionales, aumentando a la vez el gasto en la nueva carrera armamentística para forzar la bancarrota de la URSS. La combinación de altos tipos de interés y la emisión de deuda pública (el propio gobierno pide préstamos) atrajo el dinero hacia EE.UU. e invirtió el flujo de petrodólares (que se estaba agotando de todas maneras por la caída del precio del petróleo a finales de los 70).

La trampa de la deuda fue activada con un brusco aumento de los tipos de interés en todo el mundo (hasta el 18%); los países deudores del Tercer Mundo quedaron verdaderamente atrapados. A principios de los años 80 estaba quedando claro que algunos países estaban a punto de dejar de pagar sus deudas. Los bancos adoptaron una nueva postura conservadora: pocos créditos, altos tipos de interés y congelación de nuevos préstamos. Al mismo tiempo, los países subdesarrollados sufrían caídas en los ingresos por las exportaciones (relacionadas con la recesión) y una inflación creciente. México, en 1982, fue el primer país que anunció que, sencillamente, no podía pagar.

A principios de los 80 esta creciente carga de la deuda estaba atascando y perjudicando el crecimiento económico de muchos países del Tercer Mundo. También estaba retardando o interrumpía las mejoras en la salud de las personas y en la supervivencia infantil. Mientras la elite de los países pobres se enriquecía (como lo hicieron los expertos y comerciantes del desarrollo del Norte), los gobiernos del Tercer Mundo no tenían suficiente en sus arcas para pagar los salarios de profesores y enfermeras ni para mantener programas sociales básicos.

Debería insistirse en que los gobiernos y las elites nacionales del Tercer Mundo que solicitaron con ansia estos préstamos deben también asumir su parte de culpa por el estancamiento económico resultante. Fue muy imprudente por su parte pedir prestadas cantidades que no tenían esperanzas realistas de devolver, y adoptar incondicionalmente el modelo occidental de desarrollo orientado al crecimiento. En muchos casos, las cantidades que pidieron prestadas fueron usadas para proyectos grandiosos «de desarrollo», como embalses gigantes, elegantes aeropuertos internacionales, aventuras empresariales de alto riesgo, compra de armas y otras actividades diseñadas a favor de sus propias fortunas económicas y políticas. Sin embargo, dada su poderosa posición y su capacidad para establecer los términos de la economía mundial, los bancos y los gobiernos/universidades/industrias del Norte que promovieron el modelo de «desarrollo a través de la deuda» deben ser considerados los más culpables.

Amenazas actuales para la Salud: crisis de la deuda, recesión y ajuste

Los programas de ajuste estructural impuestos por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial han socavado el progreso económico y social recortando salarios, minando las aportaciones de los pequeños productores y poniendo los servicios sociales -particularmente la atención de salud y la educación- fuera del alcance de los pobres.

-De la *Declaración Alternativa de Copenhague* en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de marzo de 1995.²⁹

La crisis de deuda de los países del Tercer Mundo -que sigue presente hasta hoy- ha contribuido también a la recesión económica mundial. La recesión comenzó en los países industrializados hacia 1981-83, finalizando la larga expansión económica que siguió a la Segunda Guerra Mundial. Fue precipitada por las férreas políticas financieras que adoptaron los países del Norte (en particular EE.UU. y el Reino Unido) desde principios de los años 80, que incluían limitación de créditos, altos tipos de interés y recortes en el gasto público.

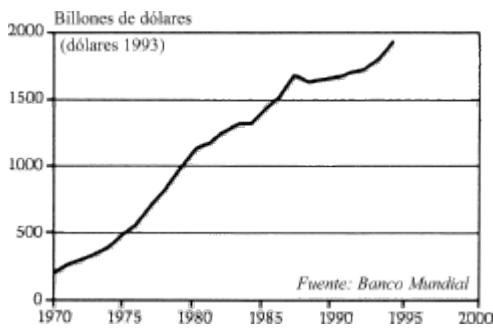


Gráfico 3.6. Deuda externa de los países subdesarrollados, 1970-94.³²

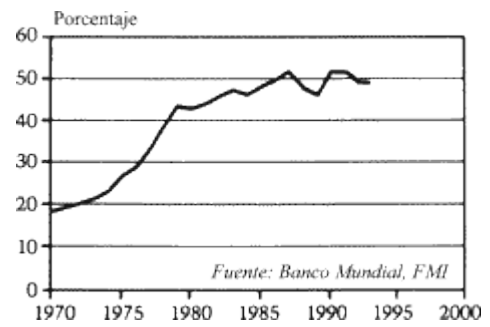


Gráfico 3.7. Deuda del Tercer Mundo en relación con su PNB, 1970-93.⁴⁰

La desaceleración económica resultante repercutió inmediatamente en los países subdesarrollados por la reducción de la demanda europea y estadounidense de exportaciones del Tercer Mundo (lo que causó la bajada del volumen y de los precios de las exportaciones) y los recortes en la ayuda externa.³⁰ Esto llevó a una reducción de los fondos que fluían hacia los países del Tercer Mundo, y también a un aumento de los pagos en concepto de intereses de sus deudas externas y a un continuo deterioro de sus condiciones comerciales (crecimiento de los precios de las importaciones respecto a los precios de las exportaciones). El resultado neto fue una inversión del flujo de capital entre el Primer y el Tercer Mundo. *Los países subdesarrollados pasaron de ser importadores netos a ser exportadores netos de capital.* En 1979, se produjo un flujo neto de 40.000 millones de dólares desde los países ricos a los países pobres.³¹ En 1989, el flujo neto era de al menos 20.000 millones de dólares anuales desde los países pobres a los ricos.³³ Si tenemos en cuenta las condiciones comerciales cada vez peores afrontadas por los países en desarrollo, este flujo se acerca a 60.000 millones de dólares por año.³⁴ Además, al mismo tiempo que exportaban capital a los países desarrollados, las naciones subdesarrolladas veían cómo sus deudas continuaban creciendo.

Estos hechos han tenido un impacto devastador sobre el Tercer Mundo. Entre 1980 y 1985 tres de cada cuatro países en desarrollo experimentaron una bajada de su producto interior bruto per cápita. En África, el 84% de la población sufrió un crecimiento económico negativo. El número de latinoamericanos con ingresos por debajo del umbral de pobreza aumentó un 27% de 1980 a 1990, con salarios mínimos urbanos cayendo un 74% en Perú, 58% en Ecuador y un 50% en México.³⁵ Y lo que quizá sea lo más revelador de todo, el número de países del Tercer Mundo clasificados como «países menos desarrollados» por la ONU aumentó de 31 a 42 durante la década de los 80.³⁶ La crisis de la deuda y la recesión de los años 80 azotaron de manera especialmente dura a las familias pobres de los países subdesarrollados, particularmente a los niños. Esto puede ser relacionado directamente con la paralización de la disminución de la mortalidad infantil en muchos países, entre ellos Chile y Filipinas. En países tan distintos como Brasil, Ghana y Uruguay, las tasas de mortalidad infantil *aumentaron* significativamente.³⁷ El UNICEF declaraba que:

«Sabemos que los niños han pagado el precio más alto por el endeudamiento del mundo en desarrollo. Datos fragmentarios [...] revelan un cuadro de creciente desnutrición y, en algunos casos, de incremento de la mortalidad infantil, en los países más endeudados de África y América Latina.»³⁸



Cuando comprendemos todo el impacto de la crisis de la deuda, estos retrocesos son fáciles de entender. Hoy día, muchos países deben más por su deuda principal e intereses de lo que ganan con sus exportaciones.³⁹ Muchos gastan hasta un 40% de sus ingresos por exportaciones sólo para pagar los intereses de su deuda.⁴¹ Y la mayoría de los países pobres gastan más en servir a la deuda que lo que reciben en nuevos préstamos y ayuda externa. El África sub-sahariana (excluyendo Sudáfrica) debe en su conjunto unos 180.000 millones de dólares -tres veces el total de 1980, y un 10% más que su producción anual de bienes y servicios.⁴²

Tan cínicamente como en los días del colonialismo, los ricos viven a costa de los pobres. El economista estadounidense John Kenneth Galbraith describe la crisis de la deuda como un «increíble proceso de empobrecimiento de los pobres para el enriquecimiento de los ricos.»⁴³

Políticas de ajuste estructural: salvando a los ricos a expensas de los pobres

*Ya no usan balas ni cuerdas.
Usan el Banco Mundial y el FMI.*

-Jesse Jackson⁴⁴

En el punto álgido de la crisis de la deuda, a principios de los 80, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial acudieron al rescate de los bancos del Norte. Para evitar que las naciones del Tercer Mundo dejaran de pagar sus enormes deudas, el FMI y el Banco Mundial comenzaron a ofrecerles créditos blandos, pero con condiciones. Para satisfacer los requisitos de los préstamos del FMI, los países pobres tenían que aceptar austeros Programas de Ajuste Estructural (PAEs). Estos programas, en pocas palabras, exigen a los países deudores que ajusten la estructura de sus economías para asegurar que (1) sigan pagando sus deudas externas y (2) acaten las condiciones del sistema de mercado del Norte.

Las naciones deudoras no han tenido más remedio que aceptar los mandatos de las instituciones financieras internacionales. Además de los préstamos que hacen directamente, estas poderosas instituciones sirven también como guardabarreras de la ayuda del Norte. Así, otros grandes prestamistas, privados y estatales, recurren al FMI y al Banco Mundial para certificar que un determinado país del Tercer Mundo sigue políticas responsables (léase «ajustadas al mercado libre») y merece por ello más préstamos. Una negativa del FMI es el beso de la muerte para las esperanzas de un país de financiación externa.⁴⁵

Muchos analistas progresistas están de acuerdo en que las políticas de ajuste estructural impuestas por el FMI y el Banco Mundial son lo contrario de lo que se necesita para promover un desarrollo saludable y orientado a la equidad. En vez de ayudar a los gobiernos del Tercer Mundo para que vayan más allá de las intervenciones de emergencia, hacia un amplio cambio social, obligan a los gobiernos a recortar drásticamente la ayuda y los servicios públicos. Como razona Jonathan Cahn en el *Harvard Human Rights Journal* (Boletín de Harvard sobre Derechos Humanos):

«El Banco Mundial debe ser considerado una institución gubernamental, que ejerce su poder a través de su influencia financiera para dictar regímenes legales completos e incluso para alterar la estructura constitucional de las naciones receptoras de préstamos. Los asesores nombrados por el Banco a menudo modifican la política comercial, políticas fiscales, necesidades de funcionarios, leyes laborales, planes de atención de salud, regulaciones medioambientales, política energética, desplazamientos de población, reglas de aprovisionamiento y la política presupuestaria de un país.»⁴⁶

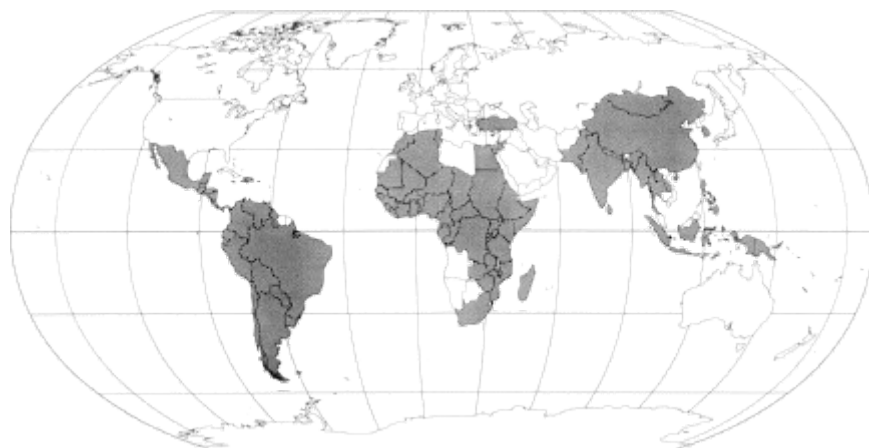
Componentes del ajuste estructural

En general, los PAEs exigen a los países pobres que desvíen capital para continuar pagando sus deudas externas a los bancos del Norte. Entre sus componentes se encuentran:

- recortes severos del gasto público en salud, educación y otros servicios sociales,
- eliminación de subsidios y supresión del control de los precios de alimentos de primera necesidad y otros artículos básicos,
- congelación de salarios,
- cambio desde la producción de alimentos y bienes para consumo interior a producción para la exportación,
- liberalización de la política comercial (eliminando aranceles y restricciones a las importaciones),
- atracción de inversores extranjeros mediante incentivos como escasas regulaciones y exenciones fiscales,
- privatización de servicios públicos y empresas estatales,
- devaluación de la moneda local.

En general, los PAEs exigen que las políticas nacionales se ajusten al libre comercio, al sector privado y al modelo empresarial externo (del Norte).

El Banco Mundial sostiene que no hay pruebas de que los PAEs hayan tenido efectos adversos sobre la salud y el nivel de vida de los pobres, pero informes de muchos países revelan lo contrario. El Banco declara que, aunque la pobreza ha empeorado en la mayoría de los países que han estado sujetos al ajuste estructural, nadie sabe si su situación podría haber empeorado tanto o más sin el ajuste; por ello, no hay base para acusar a los PAEs de haber perjudicado a los pobres. (Esta afirmación del Banco Mundial recuerda a la insistencia de la industria tabaquera sobre que no hay pruebas de que los fumadores que mueren por cáncer o enfermedad cardíaca no habrían muerto igual si no hubieran fumado.) Hay, sin embargo, muchas pruebas que indican que estas políticas han tenido un efecto devastador sobre las familias pobres, empujándolas muchas veces desde el umbral de la miseria a la miseria absoluta.



Países del Tercer Mundo (sombreados) que se sometieron a programas de ajuste estructural durante el periodo 1980-1991.

El ajuste estructural perjudica a los pobres de diversas maneras relacionadas entre sí:

- Levantando el control de los precios a la vez que congela los salarios, y devaluando la moneda local, disminuye el poder adquisitivo. Esto reduce la capacidad de los pobres para comprar comida, atención de salud y otras necesidades básicas.

- Los PAEs intensifican las desigualdades económicas. En los países con políticas de ajuste, la mayoría de los ciudadanos han visto sus ingresos reales recortados a la mitad, mientras que el consumo de los ciudadanos más ricos se ha incrementado.⁴⁷
- Los programas sociales diseñados para proteger a los grupos más vulnerables (como subsidios alimentarios para los hambrientos y programas de alimentación para bebés de bajo peso) están siendo bruscamente rebajados cuando son cada vez más necesarios.
- Los servicios de salud pública están siendo severamente restringidos, privatizados o financiados por los usuarios. Esto coloca a las familias pobres en una situación imposible: o renuncian a la atención de salud que necesitan para poder alimentar a sus niños, o hacen pasar hambre a sus hijos para poder pagar su atención médica. En cualquier caso, sus niños sufren.
- Organizar la agricultura para productos de exportación en lugar de para consumo interior crea escasez de alimentos locales y hace subir los precios.

Con todos estos efectos, apenas sorprende que las tasas de mortalidad infantil se hayan incrementado en varios de los países que han adoptado PAEs. Algunos expertos sostienen que, si continúan estas políticas, se necesitarán 30 años para alcanzar el nivel de vida de hace 25 años.⁴⁸

Brasil proporciona un ejemplo muy gráfico. Con una de las mayores deudas externas del mundo (más de 100.000 millones de dólares), los intereses de su deuda superan los 30 millones de dólares diarios. El país no ha tenido más remedio que aplicar el ajuste estructural a cambio de más préstamos del FMI. El UNICEF informa de que en Brasil «los recortes en el presupuesto para salud produjeron retrasos en la vacunación de los niños, con posteriores brotes de enfermedades transmisibles.»⁴⁹

Desde finales de los años 80, las tasas de mortalidad infantil de Brasil han mejorado (según los datos de los informes del UNICEF *Estado Mundial de la Infancia*). Las mejoras más destacadas se encuentran en el estado de Ceará, el cual ha invertido mucho en una iniciativa de atención primaria de salud, junto a una red de promotores comunitarios de salud remunerados. A pesar algunos logros recientes, sin embargo, Brasil como conjunto continúa teniendo una preocupante tasa de mortalidad infantil (TMM5 de 63) a la vista de su PNB per cápita relativamente alto. El problema, en gran parte, reside en la enorme desigualdad con la que está distribuido el PNB.

En México, con una deuda y un programa de ajuste parecidos a los de Brasil, los salarios mínimos cayeron en las ciudades un 50% entre 1980 y 1990.⁵⁰ En 1987, el Instituto Nacional Mexicano de Nutrición informó de que «entre un 80% y un 90% de los niños [mexicanos] pasan por un periodo de desnutrición temprana, por el cual sufren pérdidas irreparables en su capacidad mental y física.»⁵¹ El Tratado de Libre Comercio Norteamericano (NAFTA) y el derrumbe del peso a finales de 1994 están originando aún más desempleo y privaciones para los pobres, mientras los salarios siguen cayendo y los precios se disparan.⁵² (Véase p. 159)

¿Por qué el ajuste estructural no recorta los gastos militares en lugar de los de salud o educación?

El Banco Mundial debe aceptar que su instrumento real de tortura es su insistencia en el crecimiento, sus teorías económicas a costa del bienestar humano...

Cuanto antes se den cuenta las naciones deudoras de la naturaleza política del Banco Mundial, antes serán capaces de hacer frente a las falsas teorías económicas del Banco con un arma equivalente: el poder popular.

-Ken Saro-Wiwa, disidente, escritor y ecologista nigeriano, ahorcado en 1995 por la dictadura militar de Nigeria⁵³

El FMI y el Banco Mundial han elegido a los sectores llamados no-productivos (i.e. que no producen ganancias), como la salud y la educación, para recortes presupuestarios. Sin embargo, hasta hace muy poco, casi nunca han exigido recortes en el gasto militar, aún cuando los presupuestos militares de los países del Tercer Mundo son actualmente siete veces mayores que en 1960, y en muchos países el presupuesto militar es mayor que los presupuestos de salud y educación juntos. Es evidente que un gasto tan elevado en armamento no es lo más conveniente para el desarrollo o la recuperación económica de los países pobres. Tampoco favorece a los niños, que sufren desmesuradamente los estragos de los conflictos armados.⁵⁴ Por otro lado, es de gran interés económico para los gobiernos y la poderosa industria de armas del Norte. Además, puesto que el ajuste estructural y otras políticas neoliberales envían a grandes sectores de la población a la pobreza, se hace cada vez más necesario un ejército fuerte y bien armado para reprimir las revueltas y mantener estable el país para la inversión extranjera. (Las decisiones de recortar el gasto militar tienen una clara motivación ideológica. Es interesante destacar que uno de los pocos países donde el FMI exigió la reducción del gasto militar fue Nicaragua, cuando su ejército estaba aún controlado en buena parte por los sandinistas.)

En algunos países, las políticas de ajuste estructural han sido, de hecho, acompañadas de represión. El profundo sufrimiento que causan desencadena a menudo protestas populares, las cuales llevan con frecuencia a los gobiernos

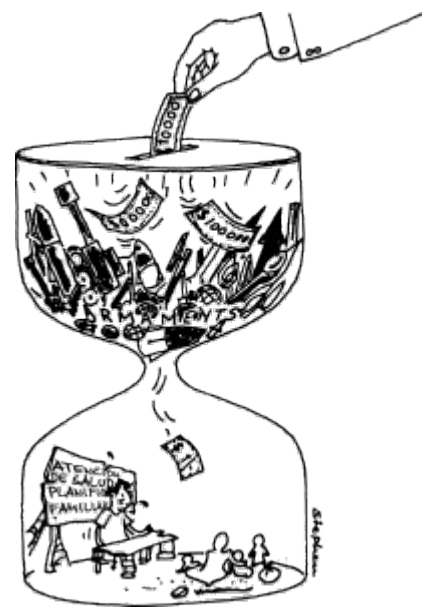
a responder de manera enérgica.⁵⁵ El FMI, el Banco Mundial y la USAID contribuyen a esta conflictividad social animando a los gobiernos de los países en desarrollo a mostrar «resolución» a la hora de seguir las políticas de ajuste estructural y a no ceder ante la resistencia popular.⁵⁶ En la práctica, esa resolución suele traducirse en represión.

Resumiendo, los mandatos de ajuste estructural son en esencia injustos. Como señala George Kent:

«Los ricos obtuvieron los créditos y los pobres están pagando las deudas.⁵⁷ [...] Los países pobres son llamados a hacer el ajuste porque son débiles y vulnerables ante las presiones de los países desarrollados más poderosos. Las políticas de ajuste estructural de las agencias internacionales de préstamo acaban culpando a las víctimas; no consideran que podría ser la propia estructura económica mundial la que necesita un ajuste.»⁵⁸

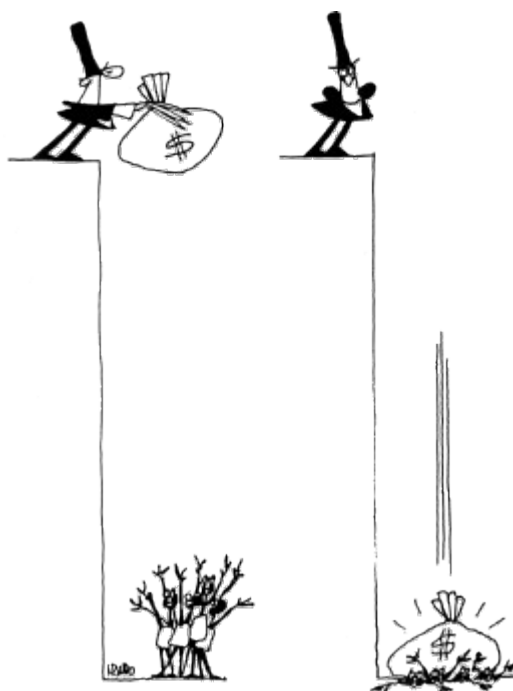
El modelo del ajuste estructural «mantiene que los débiles deben ajustarse a un sistema gobernado por los fuertes.»⁵⁹ Mientras millones de personas pobres del Tercer Mundo han sufrido y muerto por culpa de las severas medidas de austeridad y ajuste impuestas por el Banco Mundial y el FMI, los bancos comerciales han prosperado. Entre 1982 -cuando México estuvo a punto de dejar de pagar su deuda- y finales de 1985, las ganancias de los bancos mostraron florecientes mejoras, y los nueve mayores bancos aumentaron los dividendos que pagan a sus accionistas en más de un tercio.⁶⁰ Desde entonces, han seguido prosperando a la vez que concedían nuevos préstamos, asegurando la continuación del orden establecido. Según un informe de 1995 del Instituto Worldwatch, «los bancos estadounidenses [...] anunciaron un aumento anual del 17% en los préstamos a países en desarrollo a finales de marzo de 1994, y un incremento del 33% desde 1990.»⁶¹ David Korten escribe en *When Corporations Rule the World* (Cuando las Corporaciones Gobiernan en Mundo):

«Si los juzgamos por su contribución a la mejora de la vida de la gente o al fortalecimiento de las formas de gobierno democráticas, el Banco Mundial y el FMI han fracasado de manera desastrosa -imponiendo una carga enorme a los pobres del mundo e impidiendo seriamente su desarrollo-. En cuanto a cumplir la misión que les encomendaron sus arquitectos originales - hacer avanzar la globalización económica bajo el dominio de los económicamente



poderosos- ambos han logrado un éxito clamoroso.»⁶²

La riqueza, el poder y el alcance mundial de muchas CMNs son ahora tan grandes que tienen una influencia estratégica para determinar las políticas económicas y de desarrollo tanto a escala nacional como internacional, y para dirigir las políticas de manera que antepongan los beneficios empresariales a las necesidades de la gente y del medio ambiente. Indirectamente, poseen gran influencia sobre las decisiones del Banco Mundial, el FMI y los acuerdos comerciales internacionales, y ayudan a impulsar los objetivos conservadores de «crecimiento a cualquier precio» que están agravando la crisis de nuestros días. Además, algunas CMNs, mediante prácticas comerciales sin escrúpulos, contribuyen directamente a la falta de salud, la desnutrición y las altas tasas de mortalidad de los niños del Tercer Mundo. En el próximo capítulo echamos un vistazo a tres industrias cuyas prácticas aumentan la mortalidad infantil por diarrea.



* Las primeras empresas multinacionales se formaron a principios de este siglo, y su número creció rápidamente tras la Segunda Guerra Mundial.

** Algunos de los países más recientemente desarrollados -básicamente Japón y los países productores de petróleo- se han acercado a este modelo colonial (o neocolonial) de explotación de los países pobres. (El comercio de esclavos, por supuesto, ha sido reemplazado por la importación de criados con sueldos bajos, prostitutas, etc.) Sin embargo, el hecho de que unas pocas ex colonias hayan tenido «éxito» hace aún más difícil que los demás países puedan seguirles.

Ganancias Sanas en un Mundo Moribundo:

Tres «Industrias que Matan» y su Impacto sobre la Salud y la Supervivencia Infantiles

- [La avaricia de las empresas](#) frente a las necesidades humanas
- [La industria de fórmulas infantiles](#): enormes ganancias y bebés moribundos
- [La industria farmacéutica](#): promoción sin escrúpulos de medicinas inútiles y peligrosas
- [Armamento y equipamiento militar](#): una industria de 750.000 millones de dólares al año
- [Conclusión](#) al capítulo 12

Dos puntos de vista en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de marzo de 1995:⁶³

El sistema de mercado libera más potencial humano que ninguna otra forma de organización de la economía, y ha demostrado capacidad para crear riqueza nueva y muy distribuida.

-Al Gore, Vicepresidente de EE.UU.

¿Vamos de verdad a permitir que el mundo se convierta en un mercado global sin ninguna otra ley que la de la jungla y sin ningún otro propósito que el de[...] las máximas ganancias en el mínimo tiempo?

-François Mitterand, ex Presidente de Francia



La avaricia de las empresas frente a las necesidades humanas

La riqueza, no la escasez, genera el hambre en el mundo.

-Dinyar Godrej, *New Internationalist*, mayo de 1995⁶⁴

De los 13 millones de niños que mueren cada año, la inmensa mayoría viven (y mueren) en terribles condiciones de pobreza. En la actualidad, hay más gente que nunca viviendo con carencias que amenazan su vida.⁶⁵ El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estima que una cuarta parte de la población mundial, más de 1.300 millones de hombres, mujeres y niños, vive en la pobreza absoluta, con unos ingresos de menos de un dólar por día.⁶⁶

Algunas personas echan la culpa de la pobreza y el hambre al crecimiento de la población (véase Capítulo 15). Sin embargo, el planeta -pese a la presión que soporta- aún proporciona suficiente comida y recursos para satisfacer las necesidades de bastantes más habitantes que los actuales. (¡En algunos países las granjas reciben subvenciones para que *no* aumenten su producción!) Como trataremos más tarde, son los altos índices de consumo de los países ricos los que contribuyen más a la reducción de los recursos no renovables y al deterioro del medio ambiente.

La brecha entre ricos y pobres, tanto dentro de los países como entre ellos, ha ido creciendo hasta los extremos actuales. En su Informe sobre el Desarrollo Humano de 1993, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) reveló que el 20% más rico de la población mundial posee y controla el 83% de los recursos del planeta. Por el contrario, el 20% más pobre posee y controla menos del 1,5% de los recursos. Esta diferencia está aumentando: la riqueza de la quinta parte más rica de la humanidad creció del 70,2% en 1960 hasta el 82,7% en 1989 y el 84,7% en 1991. Así que 4.000 millones de personas deben compartir el restante 15% de la riqueza total, sobreviviendo con unos ingresos medios mensuales de 70 dólares estadounidenses. Según el administrador del PNUD J. G. Speth:

«La brecha entre ricos y pobres no se ha estrechado durante los últimos 30 años, sino que se ha ensanchado considerablemente. En 1962 el 20% más rico de la población mundial poseía 30 veces los ingresos del 20% más pobre. Hoy día la distancia se ha doblado hasta llegar a 60.»⁶⁷

Del mismo modo, hoy día los 358 billonarios (personas que poseen más de mil millones de dólares) existentes en el mundo acumulan una riqueza de 760.000 millones de dólares -cantidad igual a la totalidad de las propiedades del 45% más pobre de la población mundial, unos 2500 millones de personas-.⁶⁸ Muchos de los «asquerosamente ricos» son propietarios de las mayores empresas y corporaciones multinacionales (CMNs). En conjunto, las CMNs controlan el 70% del comercio mundial y el 80% de las tierras dedicadas a cultivos de exportación,⁶⁹ pero emplean solamente el 3% de la mano de obra mundial.⁷⁰ Sus enormes ganancias van principalmente a un puñado de propietarios. Las CMNs, debido a la importancia que dan a la producción a gran escala, a la energía no renovable y al uso de tecnología ahorradora de mano de obra, contribuyen en gran modo al crecimiento mundial del desempleo hasta los críticos niveles actuales. Como David Korten anota: «Estamos dominados por un mercado opresivo, no por un estado opresivo.»⁷¹



Las multinacionales tienen un poder enorme. La influencia de estos feudos económicos privados es tan grande que amenaza la soberanía de los gobiernos independientes, e influye sobre la economía internacional y las políticas de desarrollo (incluidas las políticas de salud) para satisfacer su hambre de ganancias. Su modo de influir es invirtiendo millones de dólares en *comités de acción política* (CAPs) y en *lobbies* (grupos de presión) que pueden tanto crear como tumbar políticos influyentes. Además, mantienen casi un monopolio sobre los medios de comunicación (y, de esta manera, sobre la opinión pública) que les ayuda a estructurar el desarrollo socioeconómico de manera que alimente su insaciable deseo de ganancias. Un periodista de Washington llamado William Greider escribe en *Who Will Tell the People? The Betrayal of American Democracy* (¿Quién se lo Dirá al Pueblo? La Traición de la Democracia Estadounidense): «Las corporaciones existen para dedicarse a conseguir aumentar sus ganancias, no las aspiraciones colectivas de la sociedad. Están dirigidas por una jerarquía de directivos, no por las aspiraciones colectivas de la sociedad.»⁷²

Este capítulo examina tres ejemplos especialmente llamativos de CMNs que tienen una relación causal grande y directa con la muerte de niños por diarrea. Se trata de la industria de fórmulas infantiles, la industria farmacéutica y la armamentística.* Aunque nuestra discusión se limita a estas tres industrias, hay que tener en cuenta que son sólo parte de un sistema económico orientado al mercado: el denominado sistema mundial *neoliberal*, el cual muchos críticos consideran que perpetua la pobreza mundial, el deterioro del medio ambiente y la falta de salud. (Esta es la tesis de la Declaración Alternativa de Copenhague en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de marzo de 1995. La Declaración Alternativa fue suscrita por más de 600 organizaciones no gubernamentales y populares.)^{**}

Las tres multinacionales a las que nos referimos aquí no son las únicas industrias que matan. Otras muchas empresas de todo el mundo como, por ejemplo, la de bebidas alcohólicas (170.000 millones de dólares al año), la del tabaco (35.000 millones de dólares al año), la de narcóticos ilegales (100.000 millones de dólares al año) y la de pesticidas (14.000 millones de dólares al año) fabrican y comercializan productos que dañan la salud de las poblaciones del Tercer Mundo. Todas estas industrias perjudican, directa e indirectamente, al medio ambiente y a la población mundial. Hemos escogido centrarnos en las fórmulas infantiles (leches artificiales), las medicinas y las armas porque tienen una acción directa sobre la salud de los niños y su supervivencia. Después de todo, dos claves para combatir la diarrea (y promocionar la salud de los niños en general) son que los niños sean amamantados por sus madres y evitar el uso innecesario de medicinas. Ambas medidas salvadoras de vidas son saboteadas por estas tres industrias.

Al igual que muchas de las otras industrias que matan, la de fórmulas infantiles, la farmacéutica y la de armamento (junto a la del tabaco) han ido centrándose cada vez más en el Tercer Mundo como su mercado más nuevo y vulnerable. El gobierno de EE.UU. y el Banco Mundial se han posicionado a favor de las CMNs, presionando para conseguir un mercado y un comercio libres -incluso cuando los «derechos» de estas industrias a obtener ganancias han sido a costa de la salud o la supervivencia de los niños-. Diversas ONGs, gobiernos progresistas y agencias de la ONU han intentado limitar el daño causado por estas industrias a la salud de las personas. Pero estas instituciones no son rival para las industrias por el enorme poder que poseen gracias a su colosal riqueza y a su alcance mundial. Aunque se han introducido códigos de conducta para las empresas, estos códigos no tienen ninguna fuerza. Las grandes industrias pueden ignorarlos y pasarse por alto los intentos de regulación.⁷³ Sus poderosos grupos de influencia han promocionado el modelo de desarrollo amigo del mercado (pero no de las personas y el medio ambiente) estableciendo una corriente de libre comercio y debilitando las organizaciones de trabajadores.

Cuando todo lo demás falla, las industrias a las que nos referimos saben que pueden contar con el apoyo del gobierno de los EE.UU. para defender sus intereses. Los ejecutivos de estas empresas y los funcionarios de Washington justifican la promoción de sustancias peligrosas en el Tercer Mundo argumentando que es responsabilidad de sus gobiernos salvaguardar la salud de sus ciudadanos. Sin embargo, esto es una hipocresía, porque las compañías suelen exportar sus productos precisamente

a los países con políticas regulativas débiles. Para empeorar la situación, las corporaciones, el gobierno de EE.UU. e incluso las instituciones financieras internacionales presionan de manera implacable a los países pobres que intentan tomar medidas serias contra las CMNs. El intento de Bangladesh de regular los productos farmacéuticos es un buen ejemplo (véase p. 102).

Por desgracia, estas acciones sin escrúpulos que dañan la salud, y que tratamos de describir en este capítulo, no son abusos puntuales de unas pocas compañías infractoras. Son la norma. El problema no es simplemente el comportamiento de unos pocos individuos sin ningún tipo de ética (aunque tales individuos existan), sino un sistema inmoral por naturaleza que conduce a personas corrientes, de buena voluntad, que se limitan a «hacer su trabajo» o a «actuar velando por el interés de sus accionistas» a tomar decisiones inmorales. Hoy tales acciones ponen en peligro no sólo la salud y la supervivencia de muchísimos niños, sino en último término la salud del medio ambiente y de toda la humanidad.

La industria de fórmulas infantiles: enormes ganancias y bebés moribundos

Naciones Unidas ha estimado que los problemas de salud derivados de la alimentación de los bebés con biberones provocan al menos 1,5 millones de muertes infantiles cada año en los países subdesarrollados.⁷⁴ Igualmente, UNICEF estima que cada año podría salvarse un millón de vidas infantiles si las madres de todo el mundo practicasen la lactancia materna como forma exclusiva de alimentación de sus hijos durante los primeros 4 a 6 meses de vida.⁷⁵

En EE.UU. y otros países desarrollados muchas madres están dándose cuenta de que la leche de pecho es más sana para sus bebés que la leche artificial. Durante las dos últimas décadas el número de madres del Primer Mundo -especialmente entre las de clase social media y alta- que ha escogido amamantar a sus hijos ha ido incrementándose paulatinamente. Tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, grupos de mujeres activistas como la Red Internacional de Grupos de Acción pro Alimentación Infantil (IBFAN) y La Liga de la Leche se han unido para exigir políticas que faciliten a las mujeres trabajadoras poder amamantar a sus bebés, mediante bajas por maternidad más prolongadas, más guarderías, tiempos de descanso para dar el pecho y lugares reservados para poder hacerlo.

La leche materna es mejor que las fórmulas infantiles por varios motivos. Primero y más importante: es el alimento más completo y nutritivo para un bebé y, por ello, les ayuda a crecer sanos y fuertes. La leche de pecho también protege a los niños de infecciones de dos importantes modos. Primero, la leche materna contiene sustancias antibacterianas que ayudan al bebé a combatir las infecciones hasta que el propio sistema inmune del bebé esté completamente desarrollado. En segundo lugar, la leche de pecho está normalmente libre de agentes infecciosos, mientras que los sustitutos que se dan en biberón suelen estar contaminados en el momento en que el bebé los toma. Esto es muy frecuente en el Tercer Mundo, donde el agua potable es difícil de conseguir y las condiciones higiénicas con frecuencia son malas.⁷⁶

Otra gran ventaja de la leche de pecho frente a las fórmulas infantiles es que es gratis. La leche artificial es cara en relación con los ingresos de las personas pobres del Tercer Mundo. Como hemos mencionado antes, la quinta parte más pobre de la población mundial vive con menos de 1 dólar al día. Como resultado, muchas madres gastan en las fórmulas el dinero que necesitan imperiosamente para comida. Debido a su coste,



suelen diluir en exceso la fórmula para que dure más.⁷⁷ El dinero gastado, la bebida diluida y las infecciones resultantes de la contaminación hacen que los bebés acaben desnutridos. Esto disminuye la resistencia de los bebés ante la diarrea y otras enfermedades. Y no es sólo el niño alimentado con biberón el que resulta afectado, sino que el agotamiento de los ingresos familiares puede afectar a la nutrición de sus hermanos y de las propias madres. (A la inversa, amamantar no sólo protege al bebé, sino que también reduce el riesgo de la madre de contraer cáncer de pecho y de ovarios.⁷⁸)

Amamantar: la mejor protección frente a la muerte por diarrea

Entre 3.000 y 4.000 niños mueren diariamente de diarreas e infecciones agudas de las vías respiratorias debido a que se ha privado a sus madres de la posibilidad de alimentarlos en forma apropiada.

-«¡Tomemos la iniciativa en pro de los niños!», UNICEF, 1992⁷⁹

Recientemente algunas grandes compañías extranjeras vinieron a China y la tomaron como un gran mercado donde vender sus sustitutos. Este es uno de los factores clave del descenso del amamantamiento.

-Dr. Wang Feng-Lan, Director de Salud Maternoinfantil,
Ministerio de Salud Pública, Beijing, 1990⁸⁰



Hay numerosas evidencias de que en las comunidades más pobres los bebés amamantados tienen más posibilidades de sobrevivir que los alimentados con biberón. Hay estudios que muestran que, bajo condiciones socioeconómicas y otros factores idénticos, la tasa de mortalidad por diarrea es mucho más baja en los bebés amamantados que en los alimentados con biberón. Por ejemplo:

- Un estudio de Bangladesh encontró que la mortalidad por diarrea era hasta un 70% más baja en los bebés amamantados.⁸¹
- Un estudio de Brasil observó que los niños que no recibían leche de pecho tenían

una probabilidad 14 veces mayor de morir por diarrea que los que recibían sólo leche de pecho.⁸²

- Una revisión de la OMS sobre investigaciones publicadas de diversas partes del Tercer Mundo encontró que los niños que no recibían leche de pecho tenían una probabilidad 25 veces mayor de morir por diarrea que los que sólo eran amamantados.⁸³
- El UNICEF estima que en las comunidades sin agua potable los niños alimentados con biberón tienen 25 veces más posibilidades de morir por diarrea que los que son amamantados.⁸⁴
- Estudios de Filipinas encontraron que los niños alimentados con biberones tienen una probabilidad 40 veces mayor de morir por cualquier causa que los que son amamantados.⁸⁵

Como señala un autor:

«Millones de bebés han muerto por una nutrición inadecuada cuando había un alimento adecuado tan cerca como en el pecho de sus madres.»⁸⁶

La lactancia natural es considerada tan básica para la salud y supervivencia de los niños que el UNICEF incluye su promoción como uno de los cuatro pilares de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. En 1981 la agencia lanzó una campaña internacional para educar a las madres en la idea de que «el pecho es lo mejor» (*breast is best* en inglés).⁸⁷

Sin embargo, la industria de fórmulas infantiles se ha convertido en un negocio muy rentable dominado por las CMNs. A la cabeza de estas CMNs está Nestlé, la mayor empresa de alimentación del mundo,⁸⁸ que controla entre el 35% y 50% del mercado mundial de la leche para bebés. Como muchas otras industrias que matan, la de las fórmulas infantiles ha ido centrándose cada vez más en el Tercer Mundo. La promoción agresiva de la lactancia artificial ha contribuido a una notable disminución del amamantamiento entre las madres del Tercer Mundo, en especial en Latinoamérica y Asia. Un estudio de 1986 en cinco países del Tercer Mundo encontró que un 40% de las madres encuestadas utilizaban fórmulas infantiles.⁸⁹

Cuando el UNICEF y las ONGs emprendieron campañas para promover la lactancia natural en los países en desarrollo, Nestlé y otras empresas fabricantes de fórmulas infantiles incrementaron sus campañas de promoción. Entregaban a estudiantes de medicina y a médicos información engañosa y muestras gratuitas de fórmulas infantiles, muchas veces junto a biberones. Tenían empleadas vestidas como «enfermeras lecheras» recorriendo las salas de maternidad de los hospitales para repartir paquetes con biberones y fórmulas de inicio a las nuevas madres.⁹⁰ Esta práctica fuera de toda ética da a las madres la impresión de que los médicos apoyan la lactancia artificial. Además, utilizar biberones durante los primeros días puede hacer que los pechos de las madres dejen de producir leche, haciéndoles dependientes de los sustitutos comerciales. (Muchas veces las madres pueden volver a producir leche bebiendo muchos líquidos y dejando que sus bebés chupen de sus pechos muy a menudo, pero son pocas las madres que lo saben o son enseñadas.)⁹¹



Poco a poco, muchos ciudadanos de Europa y de EE.UU. se fueron dando cuenta de los abusos de Nestlé. Indignados, formaron grupos para educar y sensibilizar a otras personas sobre el tema y organizar un boicot a los productos de Nestlé. El objetivo era poner fin a la *promoción inmoral de las fórmulas infantiles*. Estos grupos se unieron entre sí y con los grupos del Tercer Mundo para organizar una campaña masiva de nivel internacional que encabezó el boicot a Nestlé. Esta campaña fue coordinada por la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), que está formada por unos 100 grupos de 65 países.⁹³

El UNICEF y la OMS, en gran parte en respuesta a esta campaña, desarrollaron un «Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna», sin valor jurídico, para poner fin a estos abusos. Cuando la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS votó el Código en mayo de 1981 fue aprobado por 118 países. Solamente EE.UU. votó en contra por su preocupación porque «el Código perjudicara a empresas estadounidenses».⁹⁴

Sin embargo, ha sido necesaria una vigilancia continua para mantener a raya a Nestlé y a otras compañías relacionadas con la materia. En 1988 el grupo de seguimiento *Action for Corporate Accountability* (Acción por la Responsabilidad Empresarial) acusó a la Nestlé y a la *American Home Products* de seguir violando y socavando el código en muchos países. Nestlé fue acusada de promocionar sus productos en centros de salud y farmacias del Tercer Mundo mediante «pósters, anuncios, muestras gratuitas o rebajadas, sobornos, concursos y representantes comerciales».⁹⁵ Nestlé ha ultrajado también el código presionando a los gobiernos del Tercer Mundo para que no sean demasiado rigurosos, convenciéndoles de que la industria de alimentos infantiles puede regularse por sí misma.⁹⁶

Acción por la Responsabilidad Empresarial ha respondido a estas acciones de mala fe reviviendo el boicot.⁹⁷ El objetivo del nuevo boicot, el cual se ha extendido a catorce países, es obligar a Nestlé a dejar de promocionar cualquier forma de lactancia artificial.⁹⁸ Pero Nestlé no muestra señales de cambiar su modo de actuar. En agosto de 1994, IBFAN sacó a la luz su informe *Violando las Reglas*, que recoge las actividades de comercialización de 74 empresas de alimentación infantil en 62 países.

Nestlé fue responsable de aproximadamente el 30% de todas las quejas (el doble que cualquier otra compañía). El informe detalla cómo Nestlé ha continuado violando sistemáticamente el Código en más de 40 países.⁹⁹ Como respuesta, Nestlé publicó en tono desafiante un folleto titulado *Comercialización de la Leche Infantil* el cual afirmaba que: «En 1994, Nestlé investigó 455 alegatos contra ella. Sólo 3 requirieron acciones correctivas.»¹⁰⁰ Las imágenes de bebés gordos y saludables en los productos de leches infantiles de Nestlé son aún una poderosa publicidad que llega incluso a las madres que no saben leer.

En el Tercer Mundo el uso de biberones está muy arraigado, y en muchos países está haciéndose aún más habitual. El número de niños que muere a consecuencia de ello está aumentando. Algunas estimaciones sitúan el número de muertes relacionadas con la lactancia artificial en torno a 1,5 millones al año -un 50% más que el estimado hace escasos años-.¹⁰¹ Si se quiere invertir esta tendencia, los grupos de seguimiento como IBFAN deben mantener su vigilancia y su presión sobre las multinacionales de la alimentación infantil. En el Tercer Mundo es necesaria una campaña masiva de educación para crear conciencia de la importancia de la leche materna y mostrar cómo las multinacionales -a menudo ayudadas e incitadas por los grandes gobiernos- utilizan cualquier treta para incrementar sus ganancias, insensibles al sufrimiento humano que causan.



RESUMEN DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA⁹²

1. No se deben promocionar entre las madres sucedáneos de la leche materna.
2. Nada de muestras gratuitas para las madres.
3. No promocionar productos en las instalaciones de salud, incluyendo suministros gratuitos.
4. Las empresas no enviarán «cuidadoras de niños» para aconsejar a las madres.
5. Nada de regalos o detalles personales para los trabajadores de salud.
6. Las etiquetas de los productos no contendrán palabras o dibujos que idealicen la lactancia artificial, incluyendo imágenes de niños.
7. La información ofrecida a los trabajadores de la salud deberá ser científica y verídica.
8. Toda información sobre la alimentación infantil artificial, incluida la de las etiquetas, debería explicar los beneficios de la lactancia materna y los costes y riesgos asociados a la alimentación artificial.
9. Los productos inadecuados, como la leche condensada azucarada, no deberían ser promocionados para bebés.
10. Todos los productos deben ser de la más alta calidad y tener en cuenta las condiciones climatológicas y de almacenamiento de los países donde van a ser consumidos.

La industria farmacéutica: promoción sin escrúpulos de medicinas inútiles y peligrosas

Las ventas mundiales de la industria farmacéutica se han disparado en los últimos años hasta límites insospechados, de 22.000 millones de dólares en 1980 a 195.000 millones de dólares en 1991, llegando hasta 259.000 millones de dólares en 1994 (el último año del que tenemos datos disponibles).¹⁰² Con un beneficio anual medio del 18% desde 1958 y unas ganancias excesivas estimadas en 2.000 millones de dólares en el año 1991,¹⁰³ la industria farmacéutica es el tercer negocio más lucrativo de EE.UU. Las compañías farmacéuticas tienen la poderosa capacidad de comprar el apoyo de los políticos. El gobierno de los EE.UU. ayuda a garantizar su alta rentabilidad otorgando a las compañías farmacéuticas beneficios fiscales y ayudas para la investigación (cuyas prioridades, como veremos, están muy sesgadas). También concede una protección de 22 años para las patentes, lo que asegura el monopolio de las compañías sobre los nuevos productos y una libertad casi total para fijar sus precios. Los beneficios de estas compañías aumentaron notablemente durante los gobiernos de Reagan y Bush, que relajaron sus regulaciones, especialmente en lo referente a las exportaciones.

Al igual que la industria de fórmulas infantiles, la del tabaco y otras muchas industrias que matan, la industria farmacéutica ha tomado el Tercer Mundo como un mercado principal debido a su escasa regulación y a la falta de información sobre los productos. En el caso de la industria farmacéutica, un factor añadido que hace atractivos a los países subdesarrollados es su abundancia de problemas de salud urgentes, lo que crea una gran demanda de medicinas.

Muchos países del Tercer Mundo importan o producen de 15.000 a 20.000 productos farmacéuticos diferentes. Estos países a menudo gastan hasta la mitad de sus presupuestos de salud en esas medicinas,¹⁰⁴ y eso que la mayoría no son necesarias. De entre los aproximadamente 270.000 productos farmacéuticos que existen en el mercado mundial, la OMS ha confeccionado una lista de unas 270

medicinas esenciales para el tratamiento de prácticamente todas las dolencias humanas,¹⁰⁵ y la mayoría de los expertos están de acuerdo con este cálculo. Acción Internacional para la Salud (AIS,

nombre en español de *Health Action International*), un grupo de vigilancia con base en Holanda que hace un seguimiento de los abusos de las compañías farmacéuticas, estima que el 70% de las medicinas que estas compañías venden en el Tercer Mundo no son esenciales. Si los países subdesarrollados dejaran de comprar estos fármacos innecesarios podrían reducir en más de la mitad su gasto en medicinas. De esta manera, liberarían más de 7.000 millones de dólares, que podrían emplear en comprar medicinas esenciales y en financiar medidas preventivas y la Atención Primaria de Salud.¹⁰⁶

Algunos de los fármacos vendidos al Tercer Mundo son innecesarios porque son copias de medicinas ya existentes. Pero muchas otras son completamente ineficaces o dañinas. Las medicinas contra la diarrea son un buen ejemplo. Como vimos en el Capítulo 8 (véase p. 58), la OMS ha dictaminado que las medicinas antidiarreicas no tienen ningún papel en el tratamiento de la diarrea.¹⁰⁷ Aún así, las compañías farmacéuticas continúan promocionándolas y comercializándolas de forma intensiva, y sus ventas siguen aumentando.¹⁰⁸ En Kenia, por ejemplo, la medicina más utilizada contra la diarrea es el ADM, una mezcla de caolín y pectina cuyo consumo está calificado de «no justificado» por la *American Medical Association* (Asociación Médica Americana) y el cual, según una guía Británica de medicinas, «no tiene ningún papel en el tratamiento de la gastroenteritis infantil».¹⁰⁹

Lo que es aún peor es que muchas de las medicinas que las compañías farmacéuticas venden en el Tercer Mundo son peligrosas. Por ejemplo, durante los años 80 una filial local de *Janssen Pharmaceuticals* comercializó el antidiarreico *Imodium* en Pakistán, a pesar de que en 1980 la OMS advirtió de que la medicina no debería ser usada porque puede paralizar el intestino de los niños. Entre 1989 y 1990, esta medicina fue responsable de la muerte de varios niños pakistaníes. La filial continuó vendiendo el producto hasta 6 meses después de la primera muerte. Solamente cuando la televisión británica desveló el asunto la compañía accedió a retirar el *Imodium* del mercado, todavía negando que supieran que la medicina no era segura.¹¹⁰



Las compañías farmacéuticas tratan a los países pobres como un vertedero donde arrojar los fármacos que están prohibidos o restringidos en sus países de origen por sus graves efectos secundarios.

Por ejemplo:

- Winthrop y Carter-Wallace Inc. continuaron comercializando el analgésico *Connel* (nombre comercial de la dipirona o metamizol) en México y otros países del Tercer Mundo a través de empresas filiales catorce años después de que la FDA (*Food and Drug Administration*, organismo oficial de EE.UU. para el control de medicinas y alimentos) prohibiera su uso interno por su relación con un trastorno sanguíneo mortal.¹¹¹ Ninguna compañía informó a los consumidores del Tercer Mundo sobre esta prohibición, y Carter-Wallace ni siquiera incluyó advertencias sobre sus posibles efectos secundarios.¹¹²
- Después de que la FDA restringiera severamente el antibiótico *Lincocín* (presentación comercial de la lincomicina) de la casa Upjohn por ser menos seguro y eficaz que otros equivalentes más baratos, la compañía comenzó a

promocionar fuertemente la medicina en Latinoamérica. Fue tal el éxito de su campaña que en 1978 el *Lincocín* se había convertido en la segunda medicina más vendida de México,¹¹³ donde las tiendas de los pueblos la vendían para la tos, el resfriado y la diarrea.

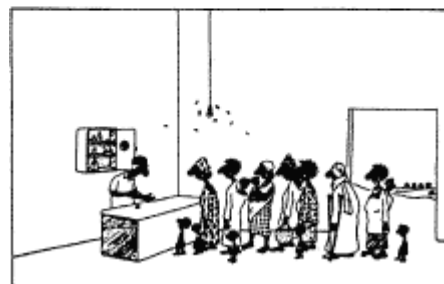
El alto coste de las medicinas puede ser mortal

Al promocionar sus productos en el Tercer Mundo, las compañías farmacéuticas suelen minimizar u omitir totalmente los efectos secundarios de sus medicinas, a la vez que exageran sus beneficios.¹¹⁴ Quizá el efecto secundario más peligroso de las medicinas comercializadas por estas compañías en el Tercer Mundo tenga que ver con su coste. Como apunta Virginia Beardshaw, de AIS, las familias del Tercer Mundo «comprometerán sus tierras, venderán su ganado y su cosecha para comprar medicinas porque creen equivocadamente que así salvarán la vida de sus hijos.»¹¹⁵ Esto les lleva a gastar en medicinas innecesarias el dinero que necesitan para alimentar a sus hijos.¹¹⁶ Como en el caso de las fórmulas infantiles (y de los sobres de SRO) este gasto equivocado podría contribuir a incrementar la desnutrición del niño, lo que disminuye su resistencia ante las enfermedades. Como ya hemos comentado en el Capítulo 8, las familias del Tercer Mundo gastan más de 1.000 millones de dólares al año en antidiarreicos inútiles y a menudo dañinos.

La carga económica de las medicinas para las personas del Tercer Mundo está aumentada por el hecho de que allí su precio suele estar inflado.¹¹⁷ Las compañías farmacéuticas llegan a triplicar y cuadruplicar el precio de medicinas tan utilizadas como la tetraciclina respecto al que aplican en el Primer Mundo.¹¹⁸

Debido a estos excesivos precios, y al hecho de que los pobres enferman más a menudo que los ricos, las familias pobres suelen gastar una parte importante de sus ingresos en medicinas. El programa de salud basado en la comunidad de Makapawa, localizado en las afueras de la ciudad de Tacloban (Filipinas), ofrece un buen ejemplo de la carga económica que las medicinas suponen para las familias pobres y de cómo la gente puede trabajar unida para aligerar esta carga. Los promotores de salud se dieron cuenta de que el dinero que las familias pobres estaban gastando en medicinas caras en vez de en comida contribuía a la desnutrición (y a la alta tasa de mortalidad) de sus niños. Cuando las familias empezaron a preparar de forma cooperativa sus propias medicinas naturales para las dolencias más comunes -entre ellas una infusión azucarada contra la diarrea- comenzaron a gastar menos en fármacos y a tener más dinero para comida. Con más para comer, los niños ganaron en peso y disminuyeron las enfermedades y las muertes. Los promotores de salud le mostraron orgullosos a uno de los autores (David Werner) registros que mostraban estos logros.¹¹⁹

Al igual que los productores de fórmulas infantiles, las compañías farmacéuticas bombardean a los países del Tercer Mundo con sus campañas publicitarias bien organizadas, astutas y a menudo engañosas. Por ejemplo, en Bangladesh, los visitantes médicos (representantes de las compañías farmacéuticas) superan a los médicos en una proporción de siete a uno (en comparación con la de tres a uno en EE.UU.).¹²⁰ Joel Lexchin cuenta la historia de un visitador de Hoechst en aquel país que intentaba persuadir a un médico de que el *Lasix* (furosemida, un diurético) era bueno para los niños con *kwashiorkor* (hinchazón debida a una desnutrición severa). «Cuando se le hizo ver al representante que la hinchazón podría mejorar con el *Lasix* pero que el niño moriría, el representante respondió 'bueno, el niño va a morir de todas formas'.»¹²¹ Igualmente chocante era el



plan publicitario de 1980 de la compañía Merck en Bangladesh, que indicaba que dos de sus productos debían promocionarse entre «recién licenciados y futuros curanderos».¹²²

En 1991 la industria farmacéutica gastó 10.000 millones de dólares en publicidad y promoción, mientras que se invirtieron 8.000 millones de dólares en investigación y desarrollo de nuevos productos.¹²³ También es importante señalar que sólo una ínfima parte del dinero destinado a investigación se invierte en el desarrollo de medicinas para combatir las enfermedades de la pobreza. En vez de eso, la mayor parte de ese dinero es empleado en encontrar curaciones para las enfermedades de las elites del Primer y del Tercer Mundo y para desarrollar medicinas «yo también» que no ofrecen ventajas terapéuticas sobre los productos que ya existen en el mercado.¹²⁴ En su empeño por impulsar sus productos, muchas compañías llegan a sobornar a funcionarios de salud de países del Tercer Mundo para que compren grandes cantidades de medicinas innecesarias, encarecidas o prohibidas en sus países de origen.¹²⁵ A pesar de haber sido repetidamente descubiertas y sancionadas, muchas compañías siguen con estas prácticas.

Las compañías farmacéuticas no son las únicas culpables. Los farmacéuticos del Tercer Mundo también contribuyen al problema de las medicinas innecesarias, peligrosas y sobrevaloradas. Como señala el UNICEF: «Los farmacéuticos privados y vendedores de medicamentos no cualificados han pasado a convertirse en los principales suministradores de atención de salud en muchas regiones.»¹²⁶

Estos farmacéuticos -junto a los tenderos y vendedores callejeros que hacen el papel de farmacéuticos en miles de pueblos del Tercer Mundo- suelen tener fuertes incentivos (la búsqueda de ganancias) para recetar medicinas sin importar si son o no apropiadas. En las áreas donde está siendo implantada la Iniciativa de Bamako del UNICEF o proyectos similares de recuperación de costes, los trabajadores de la salud -quienes cuentan con la venta de medicinas para cubrir sus costes y pagar sus salarios- también tienen motivos para recetar más de la cuenta.

El resultado es una plaga de prescripción excesiva y abuso de medicinas que ha alcanzado proporciones epidémicas. Esta «farmaceutización de la atención de salud» impone a las familias ya empobrecidas una carga económica tremenda. Los planes de privatización y de autofinanciación que trasladan los costes desde los ministerios de salud insuficientemente financiados hacia las familias pobres sólo agravan el problema.

Teniendo esto en cuenta, puede afirmarse con seguridad que la confianza depositada por el Tercer Mundo en las medicinas comerciales para el tratamiento de las enfermedades comunes de la infancia -especialmente de la diarrea- contribuye de manera significativa a la alta mortalidad infantil.

El ataque de las multinacionales y el Banco Mundial a los programas de medicinas esenciales

Algunos países del Tercer Mundo que han adoptado políticas de medicinas esenciales según las directrices de la OMS han intentado ellos mismos regular a las compañías farmacéuticas. A principios de los 80, uno de los países más pobres del mundo, Bangladesh, tuvo la osadía de prohibir la importación de una larga lista de medicinas no esenciales. Las multinacionales farmacéuticas se enfurecieron e hicieron todo lo posible para presionar al Ministerio de Salud de Bangladesh. Incluso llegaron a oponerse a la venta de medicinas esenciales al país, poniendo en peligro millones de vidas. Como era predecible, el gobierno de EE.UU. apoyó a la industria farmacéutica amenazando con recortar la ayuda externa a Bangladesh si no anulaba sus leyes de protección de la salud.¹²⁷

Gracias en parte al apoyo de Suecia y otros países europeos progresistas, Bangladesh se las arregló para mantener su posición hasta que logró su propia producción de medicinas esenciales. Un paso crucial en este proceso fue la creación de la Compañía Farmacéutica Popular Gonoshasthaya. Esta

fábrica no gubernamental y sin ánimo de lucro produce diversas medicinas esenciales a precios entre un 33% y un 60% menores que los de las multinacionales. Gonoshasthaya forma y emplea principalmente a madres solteras pobres como parte de su compromiso por mejorar la situación económica de los miembros menos privilegiados de la sociedad.¹²⁸

Pero, recientemente, el Programa Nacional de Medicinas de Bangladesh ha recibido un nuevo ataque, esta vez por parte del Banco Mundial. La *política de ajuste estructural* del Banco ya ha obligado a Bangladesh a recortar los gastos en atención de salud, educación y ayuda alimentaria para los pobres. Y hace poco el Banco presionaba a Bangladesh para que realizara «retoques» en su Programa Nacional de Medicinas para acercarlo al «libre mercado». El Banco insiste en que la actual orientación mundial hacia el «libre comercio» hace imperativo que el país permita a las compañías farmacéuticas multinacionales operar sin restricciones. Por desgracia, la Asociación Médica de Bangladesh -que se ha opuesto enérgicamente a la política de medicinas esenciales- ha apoyado desde el principio al Banco Mundial. El nuevo gobierno de Bangladesh también ha tomado medidas para dismantelar el programa nacional de medicinas.

Muchos otros países pueden contar historias similares. Cuando Sri Lanka introdujo una política similar a la de Bangladesh, la *American Pharmaceutical Manufacturers Association* (Asociación Americana de Fabricantes de Productos Farmacéuticos) de nuevo respondió interrumpiendo las ventas de medicinas al país rebelde. Al final Sri Lanka sucumbió y suavizó su política.

La OMS, el UNICEF y otras agencias de la ONU han sido criticadas en numerosas ocasiones por no asumir una postura más firme contra las políticas económicas y estrategias de desarrollo que permiten a las multinacionales obtener ganancias a expensas de las naciones pobres y de las personas más desfavorecidas. Pero, en gran medida, las manos de estas agencias están bien atadas. Es muy difícil para la OMS, por ejemplo, tratar de regular la conducta inmoral de las multinacionales farmacéuticas. La industria farmacéutica, como las demás industrias que matan, cuenta con el apoyo de los mismos gobiernos del Primer Mundo que proporcionan la mayoría de la financiación de la OMS, asegurándose así de que la OMS siga sus pautas. El gobierno de EE.UU., que proporciona alrededor del 25% del presupuesto de la OMS, es un fiel defensor de las grandes empresas. EE.UU. ha amenazado en varias ocasiones con dejar de financiar a la OMS si ésta se vuelve «demasiado política»¹²⁹ -es decir, si defiende los intereses de los pobres cuando entran en conflicto con las grandes empresas-. Esta presión nos ayuda a entender por qué la OMS todavía no ha completado su lista de medicinas esenciales con la redacción de un código que regule la comercialización de las medicinas.

Estas tácticas de presión quedaron de manifiesto en noviembre de 1985 en una jornada a puerta cerrada organizada por la OMS en Nairobi, Kenia. El tema que se debatió fue si la industria farmacéutica debería tener el derecho de promocionar y distribuir sus productos en el Tercer Mundo sin ningún tipo de regulación. Los intereses de la industria fueron defendidos por Roger Brooks^{***} de la Fundación *Heritage*, una organización ultraderechista que apoya la influencia de las grandes empresas y con estrechas relaciones con la Administración Reagan.¹³⁰ Brooks introdujo un papel con propaganda en las carpetas entregadas a los participantes en la conferencia.¹³¹ En él Brooks acusó a los grupos de activistas defensores del código de comercialización de estar en realidad introduciendo un plan oculto para «redistribuir por mandato la riqueza mundial».¹³²

Después de que el Director General de la OMS, Halfdan Mahler, amenazara con arrestarle, Brooks se disculpó por su acción. Sin embargo, las poderosas fuerzas a las que Brooks representaba lograron intimidar a la OMS. Bajo la presión de los delegados de las compañías farmacéuticas asistentes a la conferencia, Mahler canceló repentinamente el estreno programado de *The Pill Jungle* (la Jungla de las Píldoras), una película sobre los abusos de la industria farmacéutica que la OMS había patrocinado junto a la Radio Nederland TV.¹³³ Mahler también persuadió al gobierno de que cancelara la divulgación de la película en la televisión local. En la conferencia de Kenia, la OMS vio frustrados una vez más sus intentos de formular un código de comercialización eficaz.¹³⁴

En la Asamblea Mundial de la Salud de 1986, cuando surgió el tema del código, el delegado de EE.UU. declaró que «pensamos claramente que la OMS no debería involucrarse en intentos de regular las prácticas comerciales de la industria privada».¹³⁵ En 1986 y 1987 el gobierno de los Estados Unidos retuvo su contribución al presupuesto de la OMS, alegando que lo hacía por no estar de acuerdo con sus políticas respecto a los sucedáneos de la leche materna y las medicinas esenciales.¹³⁶

Hoy en día, la perspectiva de un código consistente parece aún menos prometedora. En 1988, el Director General de la OMS Mahler -quién al menos estaba a favor de ese código- fue reemplazado por Hiroshi Nakajima, de quién se esperaba que fuera más dócil con los puntos de vista de EE.UU., Japón y la industria farmacéutica en general. Una de las primeras acciones de Nakajima fue reemplazar al director del Programa de Acción sobre Medicinas Esenciales, el Dr. Lauridsen -quien había luchado para introducir el Código de Medicinas Esenciales- por personal más conservador. A la vista de las restricciones sobre las acciones de la OMS y del papel negativo representado por el gobierno de EE.UU., muchos observadores coinciden con Jacqueline Orr en que:

«En la actualidad las críticas de los consumidores, las organizaciones internacionales de interés público y los activistas de base ofrecen la mayor esperanza para proteger la salud de la gente de la agresiva búsqueda de ganancias de la industria [farmacéutica].»¹³⁷

Es alentador, sin embargo, que en los primeros años de la década de los 90 -en parte, quizá, como respuesta al empeño y a la presión desde abajo, la OMS parece estar adoptando una posición más firme. En 1990 publicó un importante documento titulado *The Rational Use of Drugs in the Treatment of Acute Diarrhoea in Children* (El Uso Racional de las Medicinas en el Tratamiento de la Diarrea Aguda en los Niños).¹³⁸

La oscura historia de Ciba-Geigy con las medicinas para la diarrea y su buena relación con la OMS

Ciba-Geigy^{****}, una de las mayores compañías farmacéuticas del mundo, tiene un largo historial de promoción de productos inseguros o ineficaces y de ocultar sus a veces mortales efectos secundarios. Durante más de 50 años, la compañía comercializó una medicina antidiarreica ineficaz y peligrosa, el clioquinol. Este fármaco fue durante mucho tiempo una de las medicinas contra la diarrea más vendidas del planeta, de la cual se dice que «contribuyó a la expansión [de Ciba] hasta convertirse en una de las multinacionales farmacéuticas mayores del mundo».¹³⁹

Desde muy pronto hubo evidencias de que el clioquinol era, además de ineficaz, peligroso. Aún con estas evidencias, Ciba-Geigy se negó con firmeza a retirar la medicina del mercado mundial.¹⁴⁰ Este relato está tomado de *Inside Ciba-Geigy* (Dentro de Ciba-Geigy) de Olle Hansson, un neurólogo y pediatra sueco que luchó durante 25 años para obligar a la compañía a dejar de vender este peligroso fármaco.¹⁴¹

Los primeros informes sobre el grave daño neurológico causado por el clioquinol fueron publicados en 1935, un año después de que la droga hubiera sido lanzada bajo el nombre comercial de *Enterovioform*.¹⁴² En ese momento Ciba prometió advertir a los médicos de sus peligros, pero no lo hizo.¹⁴³ Incluso cuando empezaron a surgir montones de informes de parálisis y cegueras asociadas al uso del clioquinol, Ciba los desmentía repetidamente y aseguraba a los médicos y consumidores que la medicina era segura.¹⁴⁴

Finalmente, en 1970, los acontecimientos llegaron a un punto crítico. En Japón, unos investigadores concluyeron que el clioquinol era el causante de una misteriosa enfermedad llamada *neuropticomiopatía subaguda*.¹⁴⁵ Esta enfermedad había causado daños neurológicos, y a menudo ceguera y parálisis, a al menos 11.000 personas desde 1955.¹⁴⁶ Ciba-Geigy fue llevada a juicio y

-tras recurrir en todas las instancias del proceso- fue obligada a pagar unos 776 millones de dólares por los daños causados a las víctimas.¹⁴⁷ Japón prohibió el clloquinol en 1970.¹⁴⁸ En 1972, Ciba-Geigy lo retiró del mercado estadounidense debido a «razones económicas».

Sin embargo, Ciba-Geigy continuó comercializando el clloquinol en muchos países.¹⁴⁹ Hasta 1985 la compañía no dejó por fin de producir y vender la medicina.¹⁵⁰ (Aunque Ciba-Geigy no volvió a implicarse de forma directa, el clloquinol continúa actualmente a la venta en el Tercer Mundo. En 1990, un estudio de Acción Internacional para la Salud encontró que el 13% de las medicinas antidiarreicas comercializadas en 11 países de América Latina contenían este fármaco.)¹⁵¹

En los últimos años, Ciba-Geigy ha intentado arduamente limpiar su imagen. Pero, con su historial de 50 años comercializando de forma inmoral una medicina contra la diarrea, uno podría pensar que la OMS sería muy precavida a la hora de aceptar a esta gigantesca compañía como patrocinadora principal de sus intentos de control de la diarrea. Sin embargo, Ciba-Geigy aportó durante una década generosas donaciones al Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas (PCED) de la OMS y, de 1986 a 1989, incrementó sus donaciones a más de un millón de dólares anuales.¹⁵² Ciba-Geigy contribuyó con 2.650.970 dólares estadounidenses al PCED en el bienio 1988-1989, más del 12% de su presupuesto.¹⁵³

Es difícil decir qué influencia -si ha habido alguna- han podido tener las donaciones de Ciba-Geigy al PCED sobre la continua e intensa promoción que ha hecho la OMS de los sobres de SRO basados en glucosa. Un investigador puntero altamente respetado sobre la TRO -quien prefiere mantener el anonimato- nos ha comentado en una carta que: «Creo que será difícil demostrar con algún documento que la OMS y el PCED han sido directamente influenciados por las industrias que empaquetan y procesan las sales de rehidratación oral. Sin embargo, puesto que una parte cada vez mayor de sus presupuestos [proceden] de esa fuente, es de esperar que sus planteamientos así lo reflejen.» Ciba-Geigy suspendió sus contribuciones a la OMS a partir de 1989.

La relación de la OMS con Galactina, S.A.*****

Ciba-Geigy no es la única gran corporación que ha tenido una relación estrecha con la OMS y el PCED. Otra es Galactina, S.A., una multinacional de alimentos infantiles la cual hacia finales de los 80 estuvo colaborando con la OMS para desarrollar *sobres comerciales de SRO basada en cereales*.

Para muchos de los que estamos interesados en la política de la salud, la revelación de esta colaboración fue muy impactante. Durante muchos años, el PCED de la OMS se ha negado constantemente a recomendar el uso de cualquier forma de TRO basada en alimentos (excepto los «líquidos caseros» sin especificar). En las conferencias ha quitado importancia repetidamente a las investigaciones que documentaban la eficacia de la TRO-BC, solicitando siempre «más investigaciones». Tan firme ha sido el escepticismo público de la OMS hacia la TRO basada en alimentos que rechazó acudir a un encuentro dedicado a este tema en la Tercera Conferencia Internacional sobre Terapia de Rehidratación Oral. Igualmente, la OMS no quiso participar de manera oficial en el Simposium Internacional sobre Terapia de Rehidratación Oral Basada en Alimentos, un encuentro organizado por la *International Child Health Foundation* (Fundación Internacional para la Salud Infantil) en colaboración con la Universidad Aga Khan que tuvo lugar en Karachi, Pakistán, en noviembre de 1989.

Sin embargo, un funcionario de la OMS acudió de manera extraoficial al simposium de Karachi acompañado por representantes de Galactina, S.A. Para sorpresa de casi todos, se anunció una colaboración entre la OMS y Galactina.¹⁵⁴ Se mostró una película acerca de una nueva fábrica de Galactina que ya había comenzado a producir sobres de SRO basada en cereales (usando harina de arroz como ingrediente principal). Algunos participantes de la conferencia expresaron su indignación por esta alianza entre la OMS y Galactina, S.A. Sin embargo, trabajadores del PCED han explicado más tarde que la OMS, aunque nunca ha aprobado del todo la SRO basada en

cereales, ha investigado durante mucho tiempo sus posibilidades. Para esta investigación y otras similares -a menudo imposibles de realizar por lo limitado de su presupuesto- el PCED ha colaborado con corporaciones farmacéuticas, alimentarias y de otro tipo. (Merece la pena señalar que la mayoría de los estudios hechos sobre SRO basada en cereales han sido financiados por empresas alimentarias o de alimentos infantiles.)¹⁵⁵

Ciba-Geigy y Galactina, S.A. no son las únicas multinacionales que quieren iniciarse en los productos comerciales de SRO. La lista de patrocinadores del simposium de Karachi sobre TRO basada en alimentos incluía a Nestlé y a Gerber^{*****} (alimentos infantiles).¹⁵⁶ De hecho, muchas de las grandes corporaciones farmacéuticas y de alimentación infantil estaban representadas en el simposium, como lo estaba Intermed (una organización caritativa sin ánimo de lucro, patrocinada por un grupo de grandes compañías farmacéuticas, la cual ofrece material educativo gratuito sobre la salud y medicinas a bajo coste para programas de salud del Tercer Mundo). Nestlé tenía dos representantes presentes, uno de los cuales solicitó trabajar simultáneamente para la OMS.¹⁵⁷

Es difícil saber en qué medida las donaciones y labores benéficas de corporaciones tales como Nestlé y Ciba-Geigy reflejan un esfuerzo por limpiar su degradada imagen, y cuántas tienen como intención ganar favores o contratos con las agencias y programas del campo de la salud. Tanto la industria farmacéutica como la de alimentos infantiles han recibido fuertes críticas por su largo historial comprando la influencia de políticos y coqueteando con los profesionales de la salud mediante muestras gratuitas, conferencias especiales, becas, subvenciones para la investigación, folletos gratuitos y un amplio abanico de gratificaciones.¹⁵⁸ La reciente proliferación de alianzas entre corporaciones multinacionales y agencias internacionales de salud y desarrollo merece un cuidadoso examen.

Debe señalarse que, a pesar de su relación con Galactina, el idilio de la OMS con la SRO basada en cereales parece haber durado poco. En una reunión celebrada en Dhaka, Bangladesh, en diciembre de 1994, la OMS llegó a la conclusión de que la SRO basada en arroz no tiene ninguna ventaja, y que la SRO estándar (basada en glucosa) debería ser empleada como primera opción. Pese a ello, en muchos países se encuentran en el mercado diversos productos de SRO-BC, como el *Rice-Lyte*.

Armamento y equipamiento militar: una industria de 750.000 millones de dólares al año

Una de las razones más citadas de la falta de salud es la escasez de fondos para los servicios de salud básicos. Sin embargo, parece una mala excusa en un mundo que gasta más de 750.000 millones de dólares cada año en cuestiones militares.¹⁵⁹ Desde la II Guerra Mundial, el mundo ha gastado entre 30 y 35 billones^{*****} de dólares en armamento.¹⁶⁰ Es una ironía que el dinero que se necesita urgentemente para proporcionar servicios básicos a niños, mujeres y hombres sea gastado en desplegar armas y soldados que, por un lado, privan a tantas personas de sus vidas y su salud y, por otro, son tan peligrosas que ni siquiera se atreven a utilizarlas. El UNICEF estima que, durante el último decenio, las víctimas infantiles de la guerra se elevaron a 2 millones de muertos, 4-5 millones de discapacitados, 12 millones sin hogar, más de 1 millón de huérfanos o separados de sus padres y unos 10 millones con traumas psicológicos.¹⁶¹

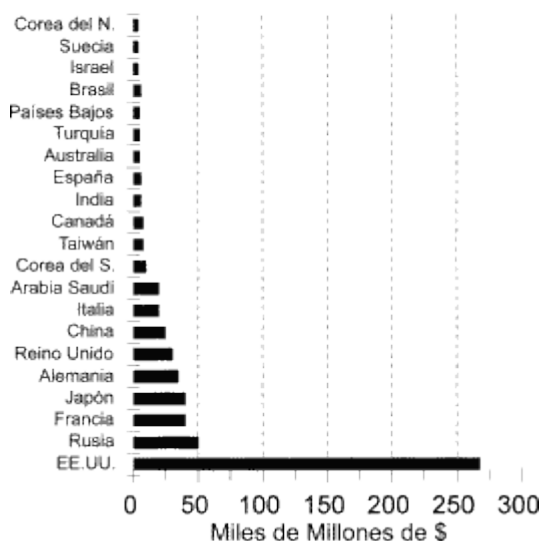
Los intereses de la industria armamentística son opuestos a la salud. Las mercancías que produce y promueve son pesadillas de muerte y destrucción, diseñadas específicamente para matar y mutilar. Además de la violencia física directa que las armas imponen a sus víctimas, la propia industria produce una violencia económica al desviar enormes sumas de dinero y otros recursos para salud y otros programas sociales. La industria armamentística promueve de manera cínica temor, desconfianza y conflictos mediante propaganda impresentable y presión activa sobre gobiernos de todo el mundo para que compren sus productos.

En ningún sitio ha tenido la industria armamentística más éxito que en EE.UU., que gasta más de

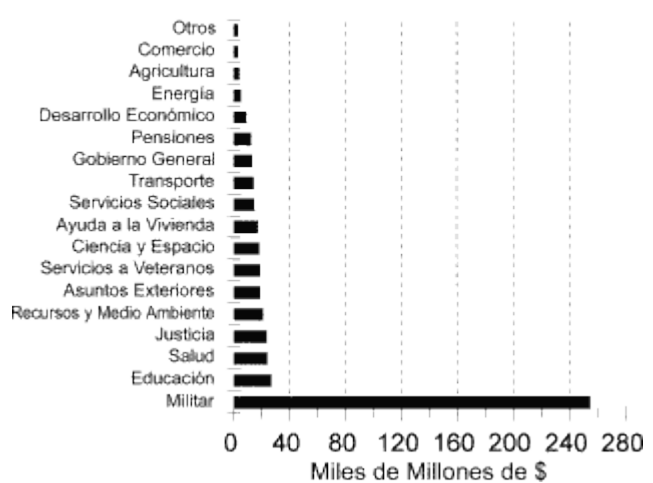
250.000 millones de dólares al año en armas.¹⁶² La industria militar es una de las más grandes, lucrativas y políticamente poderosas del país. Aunque un tercio de todos los contratos de armas estadounidenses se concentran en 10 grandes contratistas, unas 35.000 empresas tienen contratos con el Departamento de Defensa y unas 150.000 son subcontratadas por estas firmas. Los principales contratistas -IBM, General Motors, Ford, Boeing, Lockheed, Rockwell y General Electric- representan la espina dorsal de la industria estadounidense.

En septiembre de 1987 la ONU convocó una reunión de los estados miembros con el fin de discutir sobre desarme y desarrollo. EE.UU. fue el único país que rehusó asistir a la conferencia -la cual boicoteó proclamando que desarme y desarrollo son temas sin relación y que el Bloque Soviético había instigado la conferencia para atacar a la política estadounidense¹⁶³-. Incluso hoy, con la Guerra fría superada, los comerciantes de armas estadounidenses, con el apoyo de la Administración Clinton, continúan mercadeando con sus letales productos por el extranjero. (Debería señalarse que, aunque Estados Unidos ha sido históricamente el principal exportador de muerte, Francia superó a EE.UU. en exportaciones de armas en 1994, con 11.400 millones de dólares en ventas.¹⁶⁴)

**Gasto Militar de EE.UU. frente a los siguientes
20 Presupuestos Militares. 1994**



**Gasto Discrecional Propuesto
por el Presidente Clinton, 1997**



Los habitantes de los países subdesarrollados sufren mucho, directa e indirectamente, por los altos gastos militares. Desde 1960 los países del Tercer Mundo han incrementado su gasto militar más del doble de rápido que su nivel de vida.¹⁶⁵ De 1972 a 1982,

mientras caía el gasto en salud y educación de los países en desarrollo, su gasto militar creció de 7.000 a más de 100.000 millones de dólares.¹⁶⁶ En 1986 los 43 países con mayor tasa de mortalidad infantil gastaron tres veces más en defensa que en salud.¹⁶⁷ Ese mismo año, los países industrializados gastaron por encima de veinte veces más en cuestiones militares que en ayuda al desarrollo.¹⁶⁸ En 1988 el gasto militar de los países en desarrollo sumó un total de 145.000 millones de dólares -un gasto anual que sería suficiente para erradicar la pobreza absoluta del mundo en diez años, permitiendo a todas las personas del mundo satisfacer sus necesidades y las de sus hijos en comida, agua potable, salud y educación¹⁶⁹-. El que fuera presidente de Costa Rica, Oscar Arias Sánchez, cuyo propio país desmanteló sus fuerzas armadas en 1948 (y ha estado generando desde entonces un dividendo para la paz que estima que llegó a los 100 millones de dólares en el año 1987), afirma que los gobiernos que derrochan esas ingentes sumas de dinero en gastos militares son culpables de «un acto de agresión contra el bienestar de sus pueblos».¹⁷⁰

Y como señala George Kent:

«La conexión entre hambre [y pobreza] y gasto militar no está simplemente en las asignaciones presupuestarias, sino también en cómo las fuerzas armadas son empleadas para el sostenimiento de regímenes represivos. Resultan más niños muertos y hambrientos por la violencia estructural de la represión que por la violencia directa de la guerra.¹⁷¹

»Ruth Leger Sivard ha clasificado a los países del Tercer Mundo por su grado de represión según haya *ninguna*, *alguna* o *frecuente* violencia oficial contra sus ciudadanos. Si contrastamos estos datos con las tasas de mortalidad infantil, vemos que los países en los que no hay ninguna violencia oficial contra sus ciudadanos tienen una tasa media de mortalidad infantil de 54, mientras que los países que sufren *alguna* o *frecuente* violencia tienen una tasa media de mortalidad infantil en torno a 90.¹⁷²

»Los presupuestos militares protegen los intereses de los poderosos por la manera en que las armas son empleadas, y también porque el dinero gastado recompensa a los aliados políticos de los poderosos. Hasta cierto punto, los presupuestos militares constituyen una forma de bienestar para los ricos.

»Los gobiernos sugieren que las fuerzas militares sirven para salvaguardar los intereses de todo su pueblo, pero sirven principalmente a los ricos, no a los pobres. Los pobres intentan conseguir lo que no tienen, mientras que los ricos quieren proteger lo que ya tienen [...] [Los pobres] no tienen intereses en el actual orden establecido de la manera que los tienen los ricos y poderosos. No es raro que los pobres estén más preocupados por el desarrollo que por la defensa. Si los pobres fueran los encargados de distribuir los recursos mundiales, podemos estar seguros de que se gastaría mucho menos en defensa y mucho más en mejorar la supervivencia infantil.»¹⁷³

Kent deja claro que el modo más importante por el que la militarización contribuye a los bajos niveles de salud infantil en el Tercer Mundo es mediante la perpetuación de la desigualdad institucionalizada, que es la causa última de los problemas salud de los pobres. Añade que:

«Las sociedades enormemente antidemocráticas se caracterizan por unas enormes desigualdades. Son insostenibles por naturaleza a menos que sean mantenidas mediante la fuerza y la intimidación. Por ello la represión requiere militarización. Sería un error pensar que el final de las guerras puede por sí mismo lograr mejoras en la supervivencia infantil. La violencia estructural debe también finalizar.»¹⁷⁴

Por tanto, para alcanzar el objetivo de «salud para todos», no sólo debemos exigir el fin de la militarización, sino también trabajar para corregir la injusta distribución de la riqueza y el poder que está diseñada para perpetuarse. Como Kent apunta:

«Deberíamos comprometernos no sólo con la paz pasiva, entendida como la ausencia de conflictos, sino también con la paz activa, entendida como la presencia de justicia.»¹⁷⁵

Al tener que afrontar enormes deudas externas, muchos países pobres han sido obligados por el Fondo Monetario Internacional (FMI) a recortar severamente sus presupuestos para salud y educación. Aun así, los presupuestos militares de los gobiernos del Tercer Mundo son hoy de media siete veces mayores que en 1960.¹⁷⁶ Curiosamente el FMI casi nunca exige que un país subdesarrollado reduzca su presupuesto militar (véase p. 92).¹⁷⁷

Al igual que la industria farmacéutica, la de fórmulas infantiles y la del tabaco, la industria

armamentística ha considerado al Tercer Mundo como su mercado más prometedor y de mayor crecimiento, y está promocionando sus productos con gran intensidad. A menudo este proceso es facilitado por la ayuda militar externa estadounidense. Las ventas de armas bajo la protección del gobierno de EE.UU. durante los años 70 fueron de casi 100.000 millones de dólares, 8 veces más que en las dos décadas previas juntas.¹⁷⁸ Durante los 80, la ayuda militar se convirtió en el mayor capítulo de la ayuda externa de EE.UU.¹⁷⁹ Y una cantidad desproporcionada de la ayuda militar estadounidense ha ido y continúa yendo a gobiernos represivos que no respetan los derechos humanos.¹⁸⁰ Algunos ejemplos son: El Salvador, Honduras, Guatemala, Colombia, Perú, Israel, Egipto, Arabia Saudí, Pakistán, Corea del Sur, Filipinas, Tailandia, Taiwán y Turquía. Como parte de su implacable campaña para desestabilizar los gobiernos y movimientos progresistas mediante una estrategia de «violencia de baja intensidad», Washington también ha proporcionado asistencia militar secreta y formación a diversos grupos paramilitares que violan continuamente los derechos humanos de los civiles, como los Contras en Nicaragua, los escuadrones de la muerte en El Salvador, Guatemala y otros sitios de Latinoamérica, la UNITA en Angola, la RENAMO en Mozambique y el Jemer Rojo en Camboya.

Los suministros masivos de armas desde los países del Norte, la violencia armada y la militarización están aumentando en el Tercer Mundo. No es sorprendente que este incremento de la violencia esté teniendo un impacto cada vez mayor en la salud. Según el Instituto Internacional de Investigación para la Paz de Estocolmo, el número de guerras importantes -las que matan al menos 1.000 personas- llegó a 34 en 1993, después de haber descendido de 36 en 1987 a 30 en 1991.¹⁸¹ Además, debido a los avances tecnológicos y cambios estratégicos, los enfrentamientos se han cobrado cada vez más víctimas civiles a medida que el siglo ha ido avanzando. Mientras que en la I Guerra Mundial murieron muy pocos civiles, los no militares constituyeron la mitad de los muertos y heridos de la II Guerra Mundial, y representan entre el 80% y el 90% de los muertos, mutilados o traumatizados en los conflictos actuales.¹⁸² Se producen al menos el triple de heridos que de muertos, y muchos más mueren o sufren debido a los efectos secundarios e indirectos que tienen que soportar tras el conflicto.

Está aumentando la terrible costumbre de reclutar a niños para tareas militares activas, principalmente como carne de cañón. Un autor informa de que:

«Miles de niños portan armas en al menos 20 conflictos actuales. Incluso niños de nueve años son usados como primera línea en batallas imposibles de ganar, como cebos para atraer a emboscadas a las fuerzas enemigas y como detectores humanos de minas para hacerlas explotar antes de que avancen las tropas adultas.»¹⁸³

Los niños que sobreviven a estas duras pruebas suelen resultar con cicatrices físicas y psicológicas.¹⁸⁴

Rehabilitation International descubrió que la guerra de Afganistán ha causado discapacidades a 100.000 niños, y que los conflictos de Mozambique y Angola son responsables de 50.000 y 20.000 mutilados respectivamente, muchos de ellos civiles.¹⁸⁵ Muchas de las lesiones de Afganistán y Angola han sido producidas por minas terrestres; en Afganistán se han sembrado 15 millones de minas y en Angola cientos de miles.¹⁸⁶ Las minas continuarán mutilando civiles mucho tiempo después de que las guerras de estas naciones hayan concluido oficialmente. En todo el mundo, las minas terrestres son responsables de matar y mutilar a más de 20.000 personas cada año, muchas de ellas niños.¹⁸⁷ Todavía hoy las minas están siendo colocadas 25 veces más rápido de lo que están siendo eliminadas, con hasta 2 millones de minas nuevas plantadas cada año.¹⁸⁸ Sin hacer caso de la presión internacional para prohibir el uso de las minas, Estados Unidos y otros países insisten en que necesitan a estos asesinos indiscriminados.¹⁸⁹

Otro ejemplo del impacto de la industria armamentística es el efecto de la Guerra del Golfo sobre la

población civil iraquí. El devastador bombardeo que tuvo que soportar Iraq es poca cosa en comparación con el agobio económico que sufre la población iraquí desde entonces. La tasa de mortalidad infantil de Iraq creció un 330% en 1991, y la tasa de mortalidad de menores de 5 años subió un 380%, pasando de 27,8 a 104,4 muertes por cada mil nacidos vivos.¹⁹⁰ William M. Arkin, un antiguo oficial de la inteligencia militar que trabaja con Greenpeace, estima que han muerto entre 70.000 y 90.000 civiles iraquíes desde diciembre de 1991 como consecuencia de las condiciones causadas por la guerra.¹⁹¹

Aún así, uno difícilmente podría haber adivinado que, en 1995, un estudio hecho en Bagdad por la FAO (Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) revelara que hay una desnutrición severa galopante en los niños de 1 a 5 años, con un 28% con retraso en el crecimiento, un 29% con bajo peso y un 12% depauperados o emaciados (baja relación peso-altura por desnutrición crónica) debido a la escasez de alimentos por las prolongadas sanciones. De 1990 a 1995 la TMM5 aumentó seis veces respecto a los valores de antes de la guerra. Esto puede atribuirse a dos principales factores perjudiciales que interaccionan entre sí: la desnutrición de madres y niños y la alta prevalencia de enfermedades infecciosas, especialmente de diarrea. Según las estimaciones más conservadoras, más de 1 millón de personas, la mayoría niños, han muerto en Iraq debido a las sanciones económicas. Hoy día 4 millones de personas, la mitad de ellos niños, se están muriendo de hambre en Iraq.¹⁹² La propia Oficina del Censo estadounidense informó de que la guerra ha reducido la esperanza de vida en los hombres iraquíes de 66 años a 46, y en las mujeres de 68 a 57 años.¹⁹³

El ex ministro de justicia Ramsey Clark califica el bloqueo de:

«Un crimen contra la humanidad [...] un arma de destrucción masiva [que] ataca a niños y bebés, enfermos crónicos, ancianos y urgencias médicas. Al igual que la bomba de neutrones, se cobra vidas, mata personas, pero protege las propiedades, no las destruye. Así que si miramos los efectos de lo que generalmente llamamos las sanciones contra Iraq, veremos cientos de miles de muertes causadas por esas sanciones, muchas más que las causadas por el asalto militar estadounidense, el cual incluyó 110.000 ataques aéreos en 42 días, uno cada 30 segundos noche y día, que dejaron caer 88.500 toneladas de bombas, equivalentes a 7,5 veces la bomba de Hiroshima. Pero las sanciones han matado por encima de cuatro veces más personas que las bombas.»¹⁹⁴

El abrumador poder militar de los Estados Unidos -resultado en buena parte de una industria armamentística enormemente entusiasta a la hora de promover sus productos en un mercado libre- parece haber creado un liderazgo cruel y audaz que intimida al resto de los líderes del mundo en una conspiración de silencio. ¿De qué otra forma puede uno explicarse semejante carnicería?

Conclusión al capítulo 12

Este capítulo ha proporcionado una visión de cómo los intereses y acciones de tres industrias multinacionales pueden entrar en conflicto con el interés público y comprometer la salud y la supervivencia de los niños. El poder de las corporaciones ha alcanzado proporciones planetarias, demasiadas veces a costa de situar el lucro privado antes que el bien común. Los poderosos grupos de influencia han espoleado el modelo de desarrollo mundial del mercado libre, con su tendencia a liberalizar el comercio internacional y a defender la búsqueda desenfadada del crecimiento económico injusto. Dado que el triunvirato que forman los grandes gobiernos, los grandes negocios y las instituciones financieras internacionales (FMI y Banco Mundial) cada vez encuentra más maneras de manejar a las Naciones Unidas y demás agencias internacionales, las necesidades y deseos de la gente común quedan en segundo plano. Depende ahora de ONGs, activistas, grupos de vigilancia, uniones de consumidores y movimientos de base intentar que el mundo empresarial -y los gobiernos grandes- sean más responsables.

Afortunadamente, por todo el mundo grupos de vigilancia y organizaciones de consumidores están ayudando controlar y frenar los abusos de las grandes industrias. Acciones y boicoteos organizados por IBFAN, La Liga de la Leche y otras redes han generado conciencia pública y ejercido presión sobre Nestlé y otros productores de sucedáneos de leche materna para que respeten más el Código de Conducta. Igualmente, Acción Internacional para la Salud (AIS) -con todos sus asociados nacionales y regionales como *BUKO Pharma-Kampagne* en Europa, *Public Citizen* (Ciudadano Público) en los Estados Unidos o HAIN en Filipinas- ha ayudado a reducir las infracciones de las grandes compañías farmacéuticas. Pero esta es una batalla muy dura, y la industria armamentística es muy próspera. En el actual clima conservador son necesarias iniciativas populares nuevas y más unidas para evitar que se repita lo mismo.

Es evidente que cualquier intento serio de mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños debe hacer frente a los abusos cometidos por estas empresas sin escrúpulos y por las demás industrias que matan. Pero debemos recordar que, tras las actividades dañinas de las multinacionales, subyace todo un sistema económico y una estructura de poder mundial de la que las CMNs son sólo una parte. En las dos últimas décadas las instituciones financieras internacionales, cuyas políticas de préstamo y directrices para el desarrollo económico coinciden con los intereses del mundo corporativo, han conseguido un enorme poder e influencia en todo el mundo. En el próximo capítulo veremos cómo el Banco Mundial ha conseguido en gran medida ocupar el lugar de la Organización Mundial de la Salud en la planificación de las políticas de salud en el Tercer Mundo, y cómo esto ha debilitado y distorsionado aún más la progresión de la Atención Primaria de Salud Integral.

*Ni siquiera tenemos espacio para describir todos los abusos de estas tres industrias. Emplazamos a los lectores a buscar más información sobre estas u otras industrias que matan en las fuentes citadas en nuestras referencias bibliográficas o en la lista de lecturas sugeridas al final de este libro, y en el artículo de David Werner *Health for No One by the Year 2000* (Salud para Nadie en el Año 2000), que contiene un extenso apéndice sobre todas las industrias mencionadas anteriormente.

** La Declaración Alternativa de Copenhague de marzo de 1995 está disponible a través de *Development Gap*, 927 15th Street NW, Washington D.C., 20005, USA.

*** Dos años más tarde Brooks, que lideraba el Proyecto de Evaluación de la ONU de la Fundación, fue designado para un puesto en el Departamento de Estado de EE.UU. en la sección de planificación de políticas del Vicesecretario para Organizaciones Internacionales, donde tenía como misión «ayudar a formular la política general de los EE.UU. respecto a la ONU».

**** En 1996, *Ciba-Geigy* se fusionó con la compañía *Sandoz*, formando así el grupo químico y farmacéutico *Novartis*.

***** Galactina, S.A. fue adquirida en 1996 por el grupo *Sandoz* poco antes de fusionarse con *Ciba-Geigy*, por lo que en la actualidad también forma parte de *Novartis* (véase nota anterior).

***** Curiosamente hoy *Gerber* también forma parte del grupo *Novartis*, ya que se fusionó con *Sandoz* en 1994, dos años antes de la fusión entre *Sandoz* y *Ciba-Geigy*.

***** 1 billón=1 millón de millones (en EE.UU y algunos otros países esto corresponde a un trillón).

Convirtiendo la Salud en una Inversión:

El Golpe Mortal del Banco Mundial a Alma Ata

Los intentos de reforma social del Banco Mundial son una tentativa de legalizar, normalizar e incluso hacer natural el abandono financiero del sector de la salud.

-Dr. Javier Iguíñez, economista del Instituto Bartolomé de las Casas (Perú)

- [Privatización](#) de los servicios de salud
- [El Banco Mundial toma el mando](#) en la planificación de las políticas sanitarias: *Inversión en Salud*

El «clima económico adverso» de la década de los 80 vino acompañado de un giro conservador en la política nacional y exterior de los países industrializados más poderosos, en especial de Estados Unidos y Reino Unido. Estas nuevas políticas -conocidas como *neoliberales* ya que liberalizaban o libraban a los principales mercados de la regulación de los gobiernos- sistemáticamente dio más importancia al crecimiento de las economías nacionales que a las necesidades y derechos de los más pobres. Los programas de asistencia a los pobres fueron recortados o desmantelados tanto en el Norte como en el Sur.

Una forma particularmente insidiosa de recortar estos programas por parte de las políticas conservadoras de los 80 fue la introducción de estrategias de salud y desarrollo más verticales. En lugar de promover la igualdad y el cambio social, estas estrategias diseñadas desde arriba tendían a reforzar y legitimar las desigualdades existentes. Para promover el desarrollo de las comunidades y países pobres, los métodos liberadores que habían aparecido en los años 60 y 70 fueron reemplazados sistemáticamente por estrategias que -si no por su diseño, ciertamente por su efecto- eran poco democráticas. Aunque proliferó la retórica de la participación y la liberación, en el terreno político se dio más importancia a lograr una débil participación sumisa y obediente en lugar de promover una participación fuerte en el control de la toma de decisiones. Al mismo tiempo, en las más altas esferas de la planificación del desarrollo se cambió de intervenciones sociales a intervenciones tecnológicas, de cooperativas a empresas privadas, de centrarse en el proceso a centrarse en el producto, de la búsqueda continua de soluciones a técnicas preformuladas, del análisis crítico al *marketing* social y -en cuanto a los objetivos de la atención de salud- de una visión integral de «salud para todos» a mejorar las tasas de supervivencia.

Esta reestructuración conservadora de las políticas de desarrollo ha impregnado casi todos los aspectos de las relaciones internacionales, pero de forma especial la ayuda exterior. Durante los primeros años de la década de los 80, las estrategias y objetivos de casi todas las organizaciones caritativas dependientes del gobierno de los EE.UU. o subvencionadas por él fueron cambiados a favor del sector privado. Por ejemplo, los Cuerpos de Paz, que durante años se habían dedicado a promover el desarrollo de cooperativas comunitarias, se vieron forzados a desviar sus energías a la creación de microempresas y pequeños negocios privados. Incluso la Fundación Interamericana -que en los 60 había sido designada por el Congreso de Estados Unidos para apoyar iniciativas

populares en favor del cambio social- vio como gran parte de su equipo directivo fue sustituido y sus objetivos cambiaron hacia el fomento de iniciativas privadas.

Algunos de los ejemplos más extremos del uso de la Ayuda al Desarrollo para fortalecer los intereses económicos y políticos de los países donantes -a menudo en detrimento de los pobres de los países receptores- se pueden observar en los objetivos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. USAID, en gran parte un enorme instrumento político del gobierno estadounidense, expone razones diversas y a menudo contradictorias. Uno de sus fines establecidos es promover economías nacionales con predominio del sector privado y orientadas al lucro.¹⁹⁵ En la práctica suele desplazar el desarrollo de economías orientadas a la equidad y promueve en su lugar economías de libre mercado, la mayoría de las veces dominadas por poderosos intereses de compañías del Norte.

Privatización de los servicios de salud

Los servicios de salud de muchas partes del mundo se han visto afectados por las políticas conservadoras de desarrollo de los años 80, en especial por los programas de ajuste estructural (PAEs) y el fuerte impulso a la privatización. La ayuda de la USAID a los ministerios de salud de los países pobres con sistemas de salud nacionalizados ha estado a menudo condicionada a dirigirse hacia la privatización o a la «recuperación de costes» en los servicios. Por ejemplo, EE.UU. envió a Mozambique ayuda médica de necesidad urgente con la condición de que este país cediera en su política igualitaria de «servicio médico gratis para todos». Mozambique se vio obligado a cobrar a los enfermos por las medicinas y por los servicios.¹⁹⁶

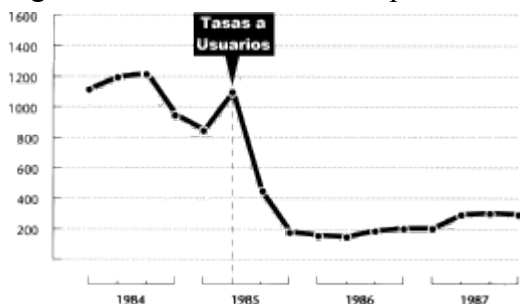
Bamako y otros esquemas de recuperación de costes

El UNICEF también ha promovido la financiación por los usuarios de los puestos de salud de los pueblos a través de la Iniciativa de Bamako, que ahora funciona en muchos países de África y otros lugares. Aunque el propio UNICEF tiene sus reservas hacia esta iniciativa mantiene que, en los tiempos tan difíciles que corren, no encuentra una alternativa mejor. Los recortes presupuestarios de los años 80 supusieron la clausura de muchos puestos rurales, sobre todo por falta de medicinas. UNICEF, sabiendo que los pobres están normalmente dispuestos a pagar sus medicinas, aconseja cobrar por ellas lo suficiente para mantener los puestos de salud abastecidos y en funcionamiento.

La Iniciativa de Bamako es un intento de afrontar el problema de la financiación de la atención primaria de salud en el seno de la recesión económica, los PAEs y los recortes en el gasto público. Hace concesiones a estas tendencias políticas socialmente regresivas, mientras busca al mismo tiempo amortiguar sus efectos sobre los grupos más vulnerables.¹⁹⁷ El UNICEF ha tratado de hacer que esta Iniciativa beneficie a los usuarios y sea controlada por la propia comunidad, y el programa en sí tiene aspectos positivos. Por ejemplo, sólo se utilizan las fármacos incluidos en la lista de medicinas esenciales de la OMS (aunque los sobres de SRO se venden como una «medicina esencial» para uso casero). Además, en algunos de los puestos de salud en los que se lleva a cabo esta Iniciativa de Bamako la participación local ha sido activa y entusiasta.

Pero estos esquemas de recuperación de costes tienen a menudo inconvenientes graves -y quizá peligrosos-. Sólo porque las familias pobres estén *dispuestas* a pagar por las medicinas no quiere decir que *tengan suficiente dinero* para pagar. De la misma forma que con los sobres de SRO, las familias pobres gastan sus últimos centavos en estas medicinas, y ese dinero es el que necesitan para alimentar a sus niños enfermos.¹⁹⁸ Y debido a que las familias más pobres enferman con mayor facilidad y suelen requerir más medicación, puede que su contribución a los costes del puesto de salud sea mayor de lo que les corresponde. Aunque Bamako tiene previsto cobrar menos *a los más pobres entre los pobres*, estas redes de seguridad funcionan mejor en la teoría que en la práctica.

Estudios de diversos países muestran que *cuando ha sido introducida la recuperación de costes, ha descendido la utilización de los centros de salud por parte de los grupos de alto riesgo.*¹⁹⁹ Por ejemplo, la introducción en Kenia de tasas a los usuarios en un centro de enfermedades de transmisión sexual provocó un descenso brusco de la atención y probablemente incrementó el número de ETS no tratadas en la población.²⁰⁰ Un editorial de la revista *The Lancet* de noviembre de 1994 sugiere que la introducción de tarifas a los usuarios, junto con otros PAEs, podría contribuir a la rápida expansión del SIDA en África.²⁰¹ Un estudio en Zimbabue de la agencia británica de ayuda OXFAM, que recogía los efectos negativos de la introducción de cobros a los usuarios, llevó al gobierno a amenazar con expulsar a esta institución benéfica.²⁰² En la región del Alto Volta de



Ghana la utilización de los servicios de salud descendió cerca de un 50% cuando se introdujo el sistema de recuperación de costes.²⁰³ Cuando China introdujo en 1981 el cobro a los usuarios del tratamiento de la tuberculosis quedaron sin tratar entre un millón y un millón y medio de casos, lo que causó unos 10 millones de infectados adicionales. Muchas de las tres millones de muertes por tuberculosis de China durante la década de los 80 podrían haberse evitado.²⁰⁴

La Iniciativa de Bamako ha ganado apoyos entre los principales donantes de ayuda, en especial Estados Unidos, porque desplaza gran parte del coste de la atención primaria de salud desde los gobiernos a los consumidores. Las compañías farmacéuticas multinacionales aplauden la Iniciativa porque promueve activamente e incrementa la venta de fármacos a los pobres. Cuando los trabajadores de la salud saben que sus salarios y puestos de salud se financian a través de la venta de medicamentos, la tentación de una prescripción excesiva es casi irresistible.

Cualquiera que sea su efecto aparente, la introducción de estos esquemas de recuperación de costes tiene inquietantes implicaciones sociales y éticas. Es parte de una tremenda marcha atrás en el progreso hacia un orden social más justo y democrático. Este giro conservador se refleja en los recientes retrocesos de las tasas de mortalidad infantil tras décadas de mejoría progresiva en la salud de los niños.

El Banco Mundial toma el mando en la planificación de las políticas sanitarias: *Inversión en Salud*

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) fueron fundados por las potencias occidentales vencedoras en 1945. El papel del Banco era ayudar a la reconstrucción y desarrollo de los países europeos tras la Segunda Guerra Mundial; y el papel del Fondo era aportar préstamos a corto plazo a las naciones con comercio exterior de forma que suavizaran las fluctuaciones de su balanza de pagos. Tanto el Banco como el Fondo son a menudo conocidos como «las instituciones de Bretton Woods», en honor de la ciudad de New Hampshire (EE.UU.) donde se acordó su fundación.

En la década de los 60 Europa finalizó su fase de reconstrucción tras la guerra, y todo el volumen de préstamos para el desarrollo del Banco Mundial pasó a proyectos de desarrollo a gran escala en países subdesarrollados. Muchos de estos proyectos han sido criticados por dañar el medio ambiente y ser una carga más para los pobres.

El papel del FMI también sufrió cambios cuando los mercados financieros privados se hicieron cargo de controlar las fluctuaciones de las balanzas de pagos. En los 60 se dedicó principalmente a hacer préstamos a gobiernos que se enfrentaban a déficits estructurales más que a déficits de tipo comercial a corto plazo, situación que se producía sobre todo en los países en vías de desarrollo. A finales de los 70 el papel principal del FMI era ser el último recurso para los países más endeudados

del Tercer Mundo. Los créditos estaban sujetos a medidas de ajuste estructural como las referidas anteriormente. Ya en los 80, el Banco Mundial se vio más involucrado en los préstamos de ajuste estructural, incrementando la proporción de sus préstamos al desarrollo mediante paquetes de medidas de ajuste estructural que eran negociados por el FMI.

Durante los 80 tanto el FMI como el Banco Mundial fueron criticados cada vez más por el daño causado por muchos de sus préstamos para el desarrollo, y también por los efectos desastrosos de las condiciones impuestas como parte de los préstamos de ajuste estructural. Pero en los últimos años el Banco dice haber aprendido de sus errores, haberlos enmendado y haberse propuesto la «eliminación de la pobreza». Sin embargo, el Banco ha financiado de forma tan contundente políticas que exacerbaban la situación de los más desfavorecidos que es difícil evitar cuestionarse su capacidad para cambiar de rumbo. Algunos críticos han sugerido que el paso más eficaz que podría dar el Banco Mundial para eliminar la pobreza sería eliminarse a sí mismo.²⁰⁶

Como parte de sus esfuerzos por cambiar su posición, el Banco se ha visto cada vez más involucrado en cuestiones sobre políticas de salud para el Tercer Mundo, tanto a través de créditos para programas de salud como incluyendo reformas de la política sanitaria en las condiciones de los préstamos de ajuste estructural. Los objetivos del Banco para rectificar las políticas sanitarias y reestructurar los sistemas de salud del Tercer Mundo se exponen en su Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, titulado *Investing in Health* (Inversión en Salud). Este informe ha tenido (y continúa teniendo) una profunda influencia sobre las políticas de salud de los países subdesarrollados. Los países dispuestos a llevar a cabo las políticas recomendadas por el Banco son considerados candidatos adecuados para la ayuda oficial, y el Banco recomienda a otras instituciones donantes que ayuden a estos países a financiar los costes del cambio estructural del sector de la salud.

El informe está basado en proposiciones sobre los vínculos entre salud y crecimiento económico que son deliberadamente malinterpretados. Afirma que el crecimiento económico traerá mejoras en la salud, y que una mejor salud de la población llevará a un crecimiento económico más seguro. El informe no da a conocer que la industrialización nunca se ha logrado sin grandes costes humanos y ambientales.

El informe reconoce a la pobreza como una amenaza para la salud, pero no se refiere a la unión tan evidente que existe entre desigualdad económica y unos indicadores sanitarios más pobres. Además, lo que subyace en todo el informe es un intento de reconciliar el objetivo de una mejor salud con las desigualdades que son tanto las condiciones previas como las consecuencias del modelo de desarrollo económico propuesto por el Banco (vea las tablas de la página siguiente).

A primera vista, la estrategia del Banco Mundial para mejorar la situación de la salud en los países en desarrollo suena a integral, incluso ligeramente progresista. Reconoce la conexión entre pobreza y falta de salud, y que las mejoras de los factores sociales, económicos y ambientales son requisitos previos fundamentales para mejorar la salud. Propone mayores ingresos familiares, una educación mejor (sobre todo para las niñas), mayor acceso a la atención de salud, y prestar más atención a los servicios básicos de salud que a la atención especializada. Critica con bastante acierto las persistentes desigualdades e ineficacias de los actuales sistemas de salud del Tercer Mundo. Irónicamente, viendo su larga historia de recortes en los presupuestos sanitarios, el Banco reclama mayor gasto en la salud... Hasta aquí todo bien.

Pero, al leerlo con detenimiento, descubrimos que, bajo el pretexto de promover sistemas de salud económicamente rentables, descentralizados y apropiados para cada país, las recomendaciones principales del informe nacen de la misma clase de modelos de ajuste estructural que han empeorado aún más la pobreza y han disminuido los niveles de salud allí donde han sido aplicados.

Población, indicadores económicos y progresos en la salud por región demográfica, 1975-90

Región	Población 1990 (millones)	Muertes 1990 (millones)	Renta per cápita (dólares) 1990	Tasa anual de crecimiento 1975-1990 (porcentaje)	TMM5 1975	TMM5 1990	Esperanza de vida al nacer (años) 1975	Esperanza de vida al nacer (años) 1990
África Sub-sahariana	510	7,9	510	-1,0	212	175	48	52
India	850	9,3	360	2,5	195	127	53	58
China	1.134	8,9	370	7,4	85	43	56	69
Resto de Asia e islas	683	5,5	1.320	4,6	135	97	56	62
América Latina y Caribe	444	3,0	2.190	-0,1	104	60	62	70
Oriente Medio	503	4,4	1.720	-1,3	174	111	52	61
Antiguas Economías Socialistas de Europa (AES)	346	3,8	2.850	0,5	36	22	70	72
Economías de Mercado Establecidas (EME)	798	7,1	19.900	2,2	21	11	73	76
Grupo Demográfico en Desarrollo*	4.123	39,1	900	3,0	152	106	56	63
AES+EME	1.144	10,9	14.690	1,7	25	15	72	75
Mundo	5.267	50,0	4.000	1,2	135	96	60	65

La mortalidad infantil es la probabilidad de morir entre el nacimiento y los 5 años de edad, expresada por cada 1000 nacimientos; la esperanza de vida al nacimiento es el número de medio de años que una persona puede esperar vivir con las tasas prevalentes de mortalidad específicas por edad.

*Los países de las regiones demográficas del África sub-sahariana, India, China, resto de Asia e islas, América Latina y el Caribe y Oriente Medio.

El planteamiento triple del Banco

Según la receta del Banco Mundial, con el fin de ahorrar «millones de vidas y miles de millones de dólares», los gobiernos deben adoptar «un planteamiento de triple para sus políticas de reforma sanitaria:

1. Fomentar un ambiente que permita a las familias mejorar su salud.
2. Aumentar el gasto gubernamental en salud.
3. Facilitar la participación del sector privado.»²⁰⁷

Estas recomendaciones parecen reflejar una nueva forma de pensar. Sin embargo, al leer la letra pequeña del informe, podemos volver a exponer estos tres pilares básicos de forma más clara:

1. «Fomentar un ambiente que permita a las familias mejorar su salud» es una vuelta al desarrollo «que gotea desde arriba». Las políticas para el crecimiento macroeconómico son prioritarias. La salud de la familia mejorará cuando los ingresos de sus miembros comiencen a aumentar.

- «Aumentar el gasto gubernamental en salud» significa ajustar el gasto pasando de ofrecer un servicio integral a un pequeño número de programas planificados de forma vertical, seleccionados según su relación coste-efectividad: en otras palabras, *una nueva forma de atención primaria de salud selectiva*. También significa cobrar a los usuarios, pidiendo a las familias desfavorecidas que paguen sus propios gastos sanitarios, pese al hecho de que para muchos el coste de los servicios sanitarios será prohibitivo.
- «Facilitar la participación del sector privado» significa entregar a los médicos y empresas privadas y lucrativas la mayoría de los servicios gubernamentales que atendían a los pobres de forma gratuita o subvencionada... en otras palabras, *privatización de la mayoría de los servicios médicos y de salud*. Esto pondría los precios de muchas intervenciones fuera del alcance de los más necesitados.

Gráfico 3-13. Probabilidad relativa de morir en los países subdesarrollados (para las edades indicadas. Calculada a partir de los datos del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial por David Lege. Contraste esta tabla con la anterior (3-12) tan optimista.

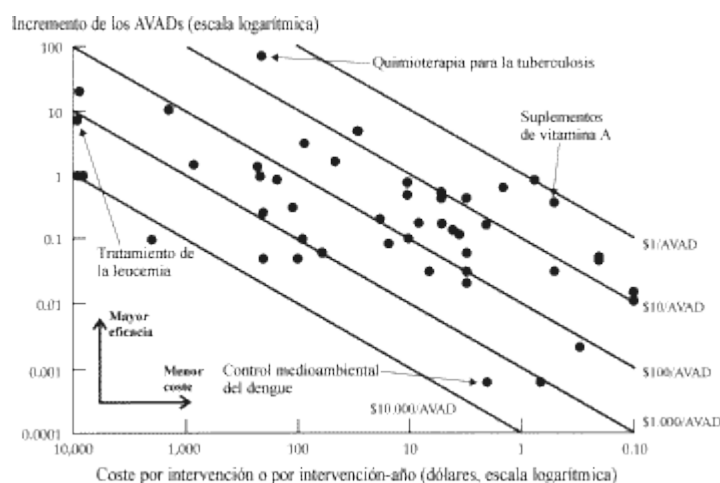
Grupo de Edad	1950	1980	1990
<5	3,4	6,4	8,8
5-14	3,8	6,5	7,0
15-59	2,2	1,8	1,7
>60	1,3	1,4	1,4

Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVADs)

Muchas de las recomendaciones de *Inversión en salud* se basan en el concepto de DALYs o AVADs (*Disability Adjusted Life Years* o Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad). AVADs incorpora diversas presunciones muy cuestionables sobre el valor de la vida. El Banco asigna diferentes valores a los años de vida productiva perdidos a ciertas edades. El valor de cada año perdido va desde cero en el nacimiento hasta un pico máximo a la edad de 25 años, para ir disminuyendo poco a poco con la edad. El Banco considera que los más jóvenes, los ancianos y los discapacitados aportan poco a la sociedad en términos económicos. Como consecuencia, el Banco piensa que se recuperarán pocos AVADs mediante intervenciones de salud para las enfermedades de estas personas. Por lo tanto, afirma el Banco, este tipo de intervenciones merecen menos apoyo público. Habría que volcar los recursos en los individuos más «productivos» para la sociedad.

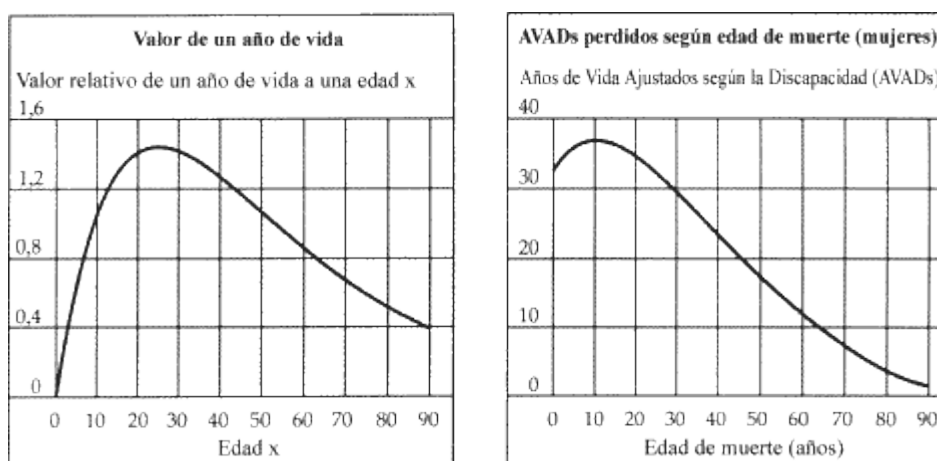
Según el Informe, asignando un valor en dólares a las vidas humanas, se podrían usar los AVADs para diseñar una atención de salud más eficiente. Los AVADs perdidos por muertes, enfermedades o lesiones podrían ahorrarse, sugiere el Banco, mediante intervenciones de salud seleccionadas. Las intervenciones baratas que reducen sustancialmente el número de AVADs perdidos se consideran eficaces respecto a su coste (eficientes) y, por tanto, merecedoras de apoyo público. Aquellas intervenciones que alteran poco el número previsto de años sin discapacidad no se consideran coste-efectivas ni, por tanto, merecedoras de ayuda.

El Informe compara 47 diferentes intervenciones clínicas y de salud pública en cuanto a relación coste-efectividad, expresada en coste por AVAD salvado. Por ejemplo, el tratamiento de la leucemia no es coste-efectivo, pues ahorra sólo 1 AVAD por cada 1000 dólares gastados, mientras que los suplementos de vitamina A logran 1 AVAD por menos de un dólar.



Según esta lógica, la gran mayoría de los servicios de enfermería serían juzgados como de poco o ningún valor. Como afirma el investigador en salud pública David Legge: «Los cuidados que no contribuyen a curar o a prevenir se consideran infinitamente caros, o infinitamente ineficaces según esta metodología.» Este concepto, que asume que la vida de una persona discapacitada o enferma crónica tiene menos valor que la de una no discapacitada, refleja el punto de vista del Banco de que el objetivo principal es la productividad económica.

Usando la escala de eficacia en relación con el coste basada en los AVADs, el Informe define un paquete mínimo de servicios clínicos y de salud pública esenciales. Este paquete consiste en una serie relativamente pequeña de intervenciones a gran escala que afrontan de forma «eficiente» los problemas que están «entre los que más afectan a los países en desarrollo». No se considera cómo la comunidad va a participar o al menos entender esta forma de planificación mundial de la salud.



Las contradicciones del Informe y sus objetivos más amplios

Lo más positivo del Informe del Banco Mundial *Inversión en Salud* es que reconoce que la pobreza y la falta de salud están íntimamente relacionadas, y que es probable que el progreso económico y otros avances en sectores no relacionados con la salud traigan como resultado una mejora de la salud. También urge a los países a centrarse en los servicios básicos de salud en lugar de en la atención especializada. Sin embargo, como ha apuntado David Legge «hay muchas ambigüedades, inconsistencias y omisiones en el Informe, y parece que los análisis y recomendaciones se han extraído a partir de unos objetivos más amplios.»²¹¹

Muchas de las recomendaciones contradicen los objetivos sanitarios más progresistas expuestos en el Informe. Por ejemplo, el Informe confirma que la pobreza, que se traduce en malas condiciones de vida, riesgos laborales poco saludables y mala distribución de los ingresos internos, supone un peligro para la salud. Luego afirma que el crecimiento económico -especialmente cuando se guía por políticas de crecimiento diseñadas para beneficiar a los pobres- es necesario para mejorar la salud «incluyendo, si fuera necesario, políticas de ajuste que garanticen que los gastos sanitarios sean coste-efectivos». Aún así, el Informe no parece tomar muy en serio las consecuencias para la salud del crecimiento económico desenfrenado, que ha llevado en algunos países a mayores desigualdades y a ampliar las diferencias en la salud, ni tampoco parece tener en cuenta el impacto negativo de los Programas de Ajuste Estructural, en especial sobre los más pobres y vulnerables. De hecho, afirma que el crecimiento económico que se deriva de estos ajustes ha llevado a una mejora de la salud. Sin embargo, como ya hemos analizado en el Capítulo 11, un examen más a fondo de los datos revela que no hay bases para tal conclusión.

Es el silencio casi total sobre los PAEs en este informe lo que lleva a uno a dudar sobre la seriedad de la petición del Banco de una reducción de la pobreza como pieza clave para una salud mejor. Por ejemplo, el Informe señala a la educación de la mujer como un factor crítico para la mejora de la

salud; pero no acierta a reconocer las diversas formas mediante las que los PAEs han aumentado la pobreza y empeorado la salud: cómo las reducciones presupuestarias en educación y la imposición de cobros por la escolarización han causado una bajada en la asistencia a la escuela, especialmente entre las mujeres, o cómo la producción masiva de cultivos para la exportación en lugar de los productos tradicionales ha hecho aumentar el precio de los alimentos. El Informe no dice cómo los PAEs han terminado con los subsidios para comida, produciendo directamente más hambre, cómo han promovido la privatización y las tarifas a los usuarios, que han puesto los servicios de salud fuera del alcance de los más necesitados, y cómo han «racionalizado» los servicios públicos, lo que ha supuesto un aumento del desempleo.

Con su petición de «mayor diversidad y competencia en la oferta de servicios de salud, promoviendo actividades generadoras de competitividad, [y] fomentando una mayor participación de organizaciones no gubernamentales y otras de carácter privado», la nueva política del Banco para el Tercer Mundo recuerda al modelo de salud de Estados Unidos. Argumenta que la oferta sanitaria privada da mayor satisfacción y poder de elección al individuo, y es más eficiente. Pero hay muy pocas evidencias que apoyen esta afirmación. El sistema de salud estadounidense, dominado por un poderoso sector privado hambriento de ganancias, es con mucho el más caro del mundo y, aún así, las estadísticas de salud de EE.UU. se encuentran entre las peores de los países industrializados. Es más, Washington DC, que posee mucha población con bajos ingresos, tiene peores tasas de mortalidad materno-infantil que Jamaica.²¹² (La situación sanitaria de los Estados Unidos se trata con detalle en el Capítulo 14.)

La nueva política del Banco Mundial es poco más que vino viejo en botellas nuevas: una mezcla de las estrategias conservadoras que han dado al traste con la Atención Primaria de Salud Integral a las que se han añadido elementos del ajuste estructural.²¹³ Es una versión de la Atención Primaria de Salud Selectiva «amiga del mercado», complementada con privatización de servicios médicos y recuperación de costes a cargo de los usuarios. Como otros esquemas de APS Selectiva, se centra en las intervenciones tecnológicas y pasa por alto los determinantes sociales y legislativos de la salud. David Legge observa que el Informe del Banco Mundial está «orientado sobre todo a medidas técnicas antes que cualquier análisis de las causas estructurales de la mala salud de los pobres; se centra en una *pobreza más saludable*.»²¹⁴

El colectivo médico de muchos países ha elogiado el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco como un gran avance hacia una estrategia de atención de salud más *eficiente*. Pero muchos activistas de la salud ven el Informe como un documento inquietante con implicaciones peligrosas. Están especialmente preocupados por cómo el Banco impondrá sus recomendaciones en los países que menos pueden llevarlas a cabo. Con su enorme capacidad de préstamo monetario, su influencia financiera puede forzar a los países más pobres a aceptar este anteproyecto, como ha hecho con los ajustes estructurales.

Es un signo funesto que una gran institución financiera con vínculos tan fuertes con los grandes gobiernos y las grandes empresas imponga su modelo de atención de salud. Según la revista médica británica *The Lancet*, *el Banco Mundial se está convirtiendo en la agencia mundial con más influencia sobre las políticas de salud*, dejando a la OMS en un débil segundo plano.²¹⁵

A pesar de toda su retórica acerca de la erradicación de la pobreza, el fortalecimiento del papel de los usuarios y una atención de salud más eficiente, la función principal del Banco sigue siendo la misma: arrastrar a los gobiernos y dirigentes de los países más pobres a una economía global dominada ampliamente por las corporaciones multinacionales. Sus programas de crédito, prioridades de desarrollo y políticas de ajuste han hecho aún mayores las desigualdades y han contribuido a perpetuar la pobreza, la falta de salud y el deterioro de las condiciones de vida de al menos mil millones de personas.

Es hora de buscar alternativas. Afortunadamente, hay muchos ejemplos, grandes y pequeños, de estrategias de salud y desarrollo que sitúan como prioridad el bienestar de todos los miembros de la sociedad. Aunque ninguna de estas políticas carece de defectos, y muchas de ellas se han desarrollado en medio de fuertes obstáculos, todavía podemos aprender mucho de ellas. El capítulo siguiente examina algunas de las alternativas más prometedoras. Muestra cómo el nivel de igualdad de una sociedad (o de desigualdad) es un determinante clave de su salud. Existen ejemplos en diferentes países tanto de *mala salud a alto coste* como de *buena salud a bajo coste*.

Una Mirada a la Situación Actual: La Equidad como Determinante de la Salud

Las corporaciones han sido entronizadas[...] Se acerca una era de corrupción en las altas esferas y el poder monetario hará lo posible por prolongar su reinado actuando sobre los prejuicios de la gente [...] hasta que la riqueza se concentre en unas pocas manos y la República sea destruida. ²¹⁶

-Abraham Lincoln

- [Mala salud a alto coste: socioeconomía de la Salud y la atención sanitaria en los Estados Unidos](#)
- [Estadísticas Llamativas sobre Salud, Igualdad y Razas en EE.UU.](#)
- [Estados Unidos y la globalización de la pobreza](#)
- Socioeconomía de la [Salud en el Tercer Mundo](#)
- [Buena salud a bajo coste](#)
- Los [logros sanitarios de Cuba](#)
- [La experiencia de Guyana con una alternativa a los ajustes estructurales basada en la equidad](#)

Habitualmente la gente de los países ricos tiene mejor salud que la de los países pobres, pero una mirada comparativa a todas las naciones del mundo -ricas y pobres- revela algunas excepciones sobresalientes. Una nación rica no es necesariamente una nación sana, ni un país pobre es necesariamente malsano. Esto se hace evidente si comparamos los datos la tabla de «Indicadores Básicos» del Informe *Estado Mundial de la Infancia 2000* del UNICEF (véase extracto en el gráfico 3-1 de la p. 81). ²¹⁷

Por ejemplo, Vietnam, China y Sri Lanka son países con un Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita de menos de 900 dólares, pero han alcanzado una tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) menor de 50 (en otras palabras, mueren menos de 50 de cada 1000 niños antes de cumplir los 5 años). En cambio Gabón, Sudáfrica, Brasil o Botsuana son países con un PNB per cápita mayor de 3000 dólares, pero tienen una TMM5 de 42 o más. Gabón, a pesar de su PNB per cápita relativamente alto de 4120 dólares tiene una impresionante TMM5 de ¡144! Compárese con Jamaica que, con un PNB per cápita de 1550 dólares, tiene una TMM5 de sólo 11. ²¹⁸ Está claro que la diferencia de riqueza entre estos dos países no refleja la salud relativa de sus niños.

Desde luego, el PNB per cápita puede dar lugar a interpretaciones erróneas, ya que es un promedio

nacional que no nos dice nada sobre la distribución de los ingresos. Por esta razón, el informe del UNICEF también incluye indicadores de la disparidad de ingresos. Vemos que en países con altas tasas de mortalidad infantil, a pesar de su promedio de ingresos relativamente alto, la disparidad de estos ingresos suele ser extrema. Brasil y Botsuana muestran alguna de las disparidades de ingresos más altas de entre todos los países que tienen establecidos estos datos. En Brasil -con fama de estar «entre los países más injustos y con mayor desigualdad del mundo»²¹⁹- el 40% más pobre de la población recibe sólo el 8% de los ingresos nacionales, mientras que el 20% más rico recibe el 64% de todos los ingresos. La distribución de las tierras en Brasil es aún más desigual que los ingresos: el 0,9% más rico de los terratenientes posee el 44% de la tierra, mientras que el 53% más pobre posee sólo el 2,7%.²²⁰ A partir de estos datos y de otros similares, como los que se muestran en la Tabla 3-1, parece que los niveles de salud de los países están fuertemente influidos por la *distribución de la riqueza* y, en algunos casos, más que por el *promedio de riqueza* (PNB per cápita) o por la *riqueza total* (PNB) de las naciones.

La equidad en cuanto a necesidades básicas del pueblo parece ser también de gran importancia. El grado en que una sociedad cubre todas las necesidades básicas de sus miembros puede tener más importancia sobre la salud de la población y su bienestar que la riqueza acumulada de la nación o su crecimiento económico. Esto sería válido no sólo en los países pobres, sino también en los más ricos. Por ejemplo, la República Checa y Corea del Sur tienen PNBs per cápita de 5.240 y 10.550 dólares estadounidenses respectivamente, en comparación con los 29.080 de Estados Unidos. Sin embargo, la República Checa y Corea del Sur tienen unas TMM5s de 6 y 5 respectivamente, significativamente más bajas que la de Estados Unidos, con una TMM5 de 8. Esto se explica en parte por el mayor compromiso de la República Checa y Corea del Sur en cubrir las necesidades básicas de toda su población.

Por ejemplo, en la República Checa y Corea del Sur el porcentaje de niños completamente inmunizados contra la polio, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la tuberculosis alcanza niveles entre el 71% y el 99%. Por el contrario, en las zonas más pobres de los EE.UU. la cobertura apenas llega al 10%.

Cuanto más igualitaria es una sociedad -es decir, cuanto más justamente se distribuyen sus riquezas, tierras, acceso a la atención de salud y educación, y otros recursos básicos- mejor parece ser el nivel de salud de su población. En resumen, hay una fuerte correlación entre salud e igualdad social. En este capítulo, para entender la importancia de la equidad a la hora de conseguir una población saludable, veremos varios ejemplos que se contraponen. Primero, para observar *mala salud a alto coste*, nos pararemos en uno de los países más ricos y con mayores desigualdades: los Estados Unidos de América. Después, para analizar la *buena salud a bajo coste*, veremos varios países pobres que se han esforzado en cubrir las necesidades básicas de sus habitantes y han conseguido niveles excepcionalmente altos de salud y bajas tasas de mortalidad infantil.

Mala salud a alto coste: socioeconomía de la Salud y la atención sanitaria en los Estados Unidos

Puede que los Estados Unidos de América sean el país más rico del mundo pero, sin duda, no el más saludable. Con el creciente número de familias estadounidenses que viven por debajo del umbral de pobreza, el nivel de vida continúa deteriorándose. Según el Informe de UNICEF *Estado Mundial de la Infancia* 1994:

«Una proporción creciente de los niños del país más rico del mundo se encuentran en una situación apurada. A pesar de que la economía de los Estados Unidos registró un crecimiento de aproximadamente el 20% en la década de los 80, unos cuatro millones más de niños y niñas estadounidenses engrosaron las filas de la pobreza durante ese mismo periodo. En total, uno de cada cinco niños y jóvenes vive ahora por debajo del límite de pobreza.»²²¹

Estados Unidos tiene el séptimo PNB per cápita más alto del mundo²²²... y el mayor *producto interior bruto* (PIB) *per cápita**, un indicador más fiable de la riqueza real.²²³ También ocupa el primer lugar en cuanto a gasto total en atención de salud. (En 1991 sólo los EE.UU. consumieron el 41% del gasto total mundial en atención sanitaria.)²²⁴ Pese a ello sus indicadores de salud son peores que muchas otras naciones ricas y están por debajo de otros países con mucho menor PNB. De los 30 países definidos como industrializados, Estados Unidos tiene la tercera TMM5 más alta, superada sólo por Portugal y Liechtenstein. En la prevención de enfermedades también presenta graves carencias. Mientras que en muchos países subdesarrollados al menos el 80% de los niños reciben una vacunación completa, en Estados Unidos más del 40% de los niños menores de 2 años no están completamente inmunizados, y en algunas ciudades del interior esta tasa no llega al 10%. Con una tasa global de vacunación del 58%, está por detrás de países como México, Tailandia, India o Uganda.²²⁵ Por tanto, no sorprende que en los años 90 la tasa de mortalidad por sarampión esté aumentando.

El estado nutricional de los niños estadounidenses es igualmente preocupante. Aunque la obesidad es un problema de salud creciente entre los niños de clase media, la desnutrición impide el desarrollo físico y mental de los niños de las familias más pobres. De los 30 millones de estadounidenses que habitualmente padecen hambre, más de 12 millones son niños, que suelen ser los mismos niños que tampoco tienen ningún tipo de seguro médico y que terminan en las inadecuadas y cada vez menos dotadas redes de protección para familias de alto riesgo. Estados Unidos se encuentra a la cola de los países industrializados en cuanto a porcentaje de población cubierta por seguros médicos.²²⁶ Y debido a los costes cada vez más astronómicos de los servicios médicos privados, basados en la búsqueda de mayores ganancias, la asistencia médica o dental para aquellos que carecen de seguro médico es tremendamente costosa. En Estados Unidos millones de ciudadanos, inmigrantes indocumentados y, cada vez más, personas de clase media afrontan enfermedades crónicas y dolorosas sin ningún tratamiento porque, sencillamente, no tienen con qué pagar.

Los bajos niveles de salud de EE.UU. en comparación con muchos otros países pueden explicarse por la creciente desigualdad, no solo en el acceso a la atención de salud, sino también en educación, oportunidades de empleo y derechos humanos fundamentales. La desigualdad, la pobreza y el hambre han aumentado espectacularmente en los EE.UU. durante los últimos 15 años. Este progresivo deterioro social ha sido en gran parte consecuencia de las políticas económicas y sociales regresivas iniciadas bajo los gobiernos de Reagan y Bush, extremadas ahora aún más al competir la mayoría conservadora en el Congreso contra Clinton por el voto de las grandes empresas. Estas políticas favorecedoras del mercado y hostiles con los pobres son análogas a los Programas de Ajuste Estructural impuestos por el Banco Mundial en los países pobres. Ambos suponen un retroceso en el estado de bienestar y en los servicios sociales, lo que incluye atención de salud, subsidios para alimentos, viviendas asequibles y el programa *Head Start* («Ventaja Inicial», un programa de apoyo para los niños pobres de los barrios céntricos). Mientras que para los pobres han aumentado los impuestos, se han concedido nuevas ventajas fiscales a los inversores más ricos y a las empresas.²²⁷

En 1987 la diferencia de ingresos entre los estadounidenses ricos y pobres fue la mayor de los 40 años que el gobierno federal lleva calculándola. Entre 1977 y 1988 los ingresos ajustados a la inflación del 5% más rico de la población aumentaron un 37%, mientras que los ingresos del 10% más pobre descendieron un 10,5%.²²⁹ De forma paralela, el número de estadounidenses que viven bajo el umbral de la pobreza ha aumentado de 24,7 millones en 1977 a 32,4 millones en 1986. Entre 1980 y 1992 el número de personas sin seguro médico aumentó más de un 30%.²³⁰ Al mismo tiempo, la tasa de cobertura preventiva infantil, incluyendo las vacunaciones, ha ido descendiendo, sobre todo desde que los padres tienen que pagar estos servicios.²³¹ Se estima que al menos 10.000, y probablemente hasta 21.000, niños mueren cada año en EE.UU. por causas relacionadas con la

LO REAL Y LO IDEAL

Los directores ejecutivos de las grandes empresas [de EE.UU.] [...] tuvieron unas ganancias medias en 1993 de 4,1 millones de dólares[...] 149 veces el sueldo de los obreros medios.²²⁸

-Business Week

Nadie en una comunidad debería ganar más de 5 veces el sueldo del trabajador peor pagado.

- Dijo Platón a Aristóteles

Gráfico 3-16. Cambios en la distribución de la riqueza neta en EE.UU., 1962-1989. El 20% más pobre debe más de lo que posee, por lo que su renta neta es negativa.²³³

Clase según Riqueza (% de la población)	1962	1983	1989
0,5% más rico	25,2	26,2	30,3
Siguiente 0,5%	8,2	7,8	8,0
Siguiente 4%	21,6	22,1	21,6
Siguiente 5%	12,4	12,1	11,3
Siguiente 10%	14,3	13,3	13,1
Quinto más Rico (20%)	81,7	81,5	84,3
4º Quinto (20%)	12,9	12,5	13,0
Medio (20%)	5,2	5,2	2,7
2º Quinto (20%)	0,8	1,1	0,2
Ultimo Quinto (20%)	-0,5	-0,3	-0,2
Cuatro Quintos más Pobres (80%)	18,3	18,5	15,7
Total	100	100	100

En conjunto, el 67% de los masivos recortes presupuestarios para financiar los beneficios fiscales a

los ricos recaen sobre los niños.²³⁵ Estos recortes, que violan por omisión los derechos básicos de los niños, están sembrando la semilla de un futuro deterioro social y un incremento de la violencia. A largo plazo, iniciativas como *Head Start* se encuentran probablemente entre los programas más eficaces para prevenir la violencia. Pese a ello, estos programas de protección están siendo desmantelados sin compasión mientras aumentan los gastos en prisiones y en fuerzas de seguridad. Los Estados Unidos gastan 25.000 millones de dólares anuales sólo en su servicio de prisiones.²³⁶

La *Children's Defense Fund* (Fundación para la Defensa de la Infancia) afirma lo siguiente sobre los nuevos recortes en los programas para niños de alto riesgo propuestos por los conservadores en el Congreso bajo el nombre de *Contrato con América* (un plan de austeridad derechista para equilibrar el presupuesto nacional a costa de los pobres mientras aumenta las ganancias de los más ricos):

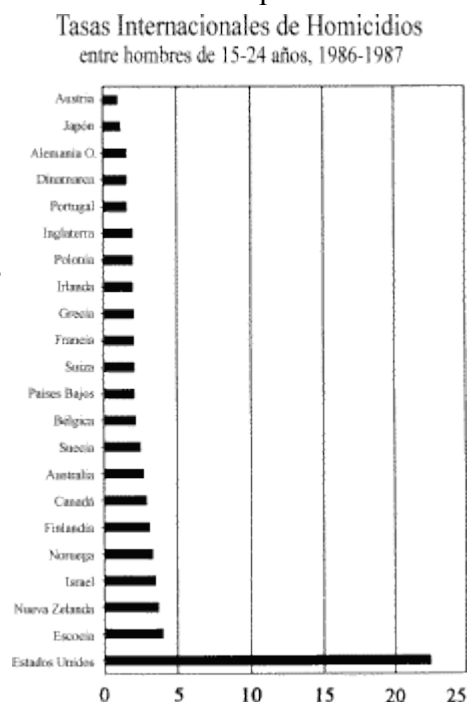
«Bajo el disfraz de una reforma de los servicios sociales, los líderes del Partido Republicano destrozarán para siempre el sistema federal de seguridad social de más de 60 años de historia que ayuda a los niños pobres, discapacitados, maltratados y hambrientos, remplazándolo por una política de abandono nacional de los niños. Si se salen con la suya, millones de niños más serán dejados en el olvido y no tendrán acceso a un *Healthy Start*, un *Head Start*, un *Fair Start* o un *Safe Start* [diversos programas de apoyo a niños en situación de riesgo] para pagar las exenciones fiscales de las empresas y personas ricas.»²³⁴

Con la reducción de la asistencia pública para las comunidades urbanas más pobres la infraestructura sanitaria se ha ido deteriorando progresivamente, y las medidas de educación para la salud y de prevención han disminuido, así como el acceso de los estadounidenses pobres a los servicios de salud. Hoy día se calcula que en EE.UU. una de cada cuatro familias no dispone de un suministro seguro de agua. Este progresivo deterioro de las condiciones de vida ha permitido la rápida expansión de la tuberculosis y el sarampión (dos *enfermedades de la pobreza* que habían sido prácticamente erradicadas²³⁷), y también del SIDA.

El racismo es otro factor que contribuye a la falta de salud en EE.UU. De los niños que viven en la pobreza, un número desproporcionado de ellos son afroamericanos, hispanos o nativos americanos. Los miembros de estos grupos étnicos son sistemáticamente marginados y discriminados, y disponen de menos oportunidades. Como resultado de esta desigualdad, la esperanza de vida de los afroamericanos es cinco años menor que la de los blancos.²³⁸

Con tantas y tan crecientes desigualdades en EE.UU. entre ricos y pobres, o entre caucasianos y gente de color, las tasas de crimen y violencia están destinadas a aumentar. Según la *California Wellness Foundation*:

«Los asesinatos se han convertido en una epidemia que asola nuestra juventud. Es la principal causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años [...] La mayoría de los jóvenes no son ni víctimas ni infractores. Pero aprenden a vivir con la violencia en las escuelas y parques, en las calles, en sus hogares, en las películas y programas de televisión que ven.»²³⁹



La desigualdad alimenta la violencia

La tasa de asesinatos de EE.UU. ha aumentado 6 veces más rápido que la población. Las violaciones y otras formas de violencia también se han incrementado. Un factor contribuyente,

además de la diferencia cada vez mayor entre ricos y pobres, puede ser la televisión comercial: *la droga con enchufe*. Buscando las máximas ganancias, las cadenas televisivas sin escrúpulos bombardean a la audiencia con un menú de violencia y asesinatos. La mayoría de los niños estadounidenses pasan más tiempo frente al televisor que con sus padres o en la escuela. «A la edad de 18 años un adolescente medio ha presenciado 15.000 asesinatos y cientos de miles de otros actos de violencia en televisión. El principal objetivo de la industria televisiva no es fomentar el desarrollo del niño como persona, sino ampliar el mercado de la comida rápida, los juguetes y otros bienes innecesarios.»²⁶¹

Los rescoldos del racismo y la xenofobia en Estados Unidos -que nunca han llegado a apagarse- se están convirtiendo actualmente en llamas por la creciente polarización de las oportunidades y los ingresos. Una ola de crímenes y terror inspirados por el odio se ha extendido por la acción de grupos interesados de la extrema derecha (cabezas rapadas, supremacistas blancos, neonazis, el Ku Klux Klan y grupos paramilitares que se hacen llamar 'milicias'). Hay pocas dudas acerca de la relación entre estas milicias -o al menos la doctrina de terrorismo y violencia a sangre fría que proclaman- y el atentado al Edificio Federal de Oklahoma City en 1995, donde fueron asesinadas cerca de 200 personas, entre ellas muchos niños.

Al mismo tiempo que aumentan los crímenes raciales perpetrados por la derecha radical, la derecha conservadora ha promovido una legislación rencorosa. Por ejemplo, el reciente episodio de la Proposición 187 en California que, si fuera considerada constitucional, supondría negar la educación y la atención de salud a los niños indocumentados. Los mexicanos y los estadounidenses progresistas han calificado esta acción como racista e incluso fascista. Con legislaciones como ésta se están poniendo en peligro décadas de progreso social. Tanto la educación como la atención de salud dejan de ser derechos humanos fundamentales.

Esta claro que los negros, por regla general, tienen menos oportunidades que los blancos; hay muchos más negros sin empleo o con sueldos de miseria. Un hombre afroamericano que viva en Harlem tiene menos probabilidades de alcanzar los 65 años de edad que uno que viva en Bangladesh (véase gráfico 3-18).²⁶² Este tipo de violencia social frente a un determinado sector de la población genera repercusiones violentas, por lo que los recortes presupuestarios propuestos en el «Contrato con América» causarán inevitablemente mayores dificultades para negros, latinos y otros grupos minoritarios

Como reflejo de la insalubridad de nuestra injusta sociedad de consumo, y de la tensión psicosocial a la que se ven sometidos nuestros jóvenes, las tasas de intentos de suicidio en Estados Unidos son asombrosamente altas. Igualmente, el consumo de alcohol y drogas ilegales entre los niños mayores y adolescentes son preocupantemente elevadas. Un estudio llevado a cabo por una comisión de 37 personas, entre las que se estaban el antiguo Cirujano General C. Everett Koop y el analista George Gallup informó en 1990 de que:

- Ninguna otra generación anterior de adolescentes estadounidenses ha tenido tan mala salud, ha recibido tan poca atención o ha estado menos preparada para la vida en comparación con sus padres a la misma edad.
- Cientos de miles de adolescentes estadounidenses [padecen de] abuso de drogas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y problemas sociales o emocionales que pueden llevarles al fracaso escolar o al suicidio.
- La tasa de suicidio en adolescentes se ha doblado desde 1968, y un 10% de los chicos adolescentes y un 20% de las chicas han intentado suicidarse.
- La violencia es un elemento habitual en la vida de muchos jóvenes [...] Cada día, 135.000 estudiantes llevan armas de fuego a la escuela, y el homicidio es la principal causa de muerte en los jóvenes afroamericanos de entre 15 y 19 años.
- Más de la mitad de los alumnos de último año de la escuela secundaria se emborracha al menos una vez al mes, y los accidentes relacionados con el alcohol son la principal causa de muerte en los adolescentes.

- Un 30% de los alumnos del décimo curso escolar ha probado las drogas (en comparación con el 5% de los años 50). Medio millón de jóvenes entre 12 y 17 años ha probado la cocaína.

El estudio llegó a la conclusión de que:

- Muchos jóvenes estadounidenses, ricos y pobres, de todas las razas y grupos étnicos, tienen serios problemas sociales, emocionales y de salud, con consecuencias potencialmente desastrosas no sólo para ellos, sino para la sociedad en general.

Durante sus primeros años en la Casa Blanca, a principios de los 90, la Administración Clinton apostó por la reforma social: habló de más empleo, más ayudas y servicios para la clase trabajadora, especialmente para los pobres, y de un sistema nacional de salud que cubriera todas las necesidades de la población. Pero las acciones dicen más que las palabras. Hasta ahora, Clinton -al igual que sus predecesores- ha tomado muchas decisiones a favor de los intereses de los poderosos grupos de presión (cuyo apoyo necesita para ser reelegido) en lugar de favorecer los intereses de la mayoría de la población. Con el giro hacia la derecha conservadora que ha tomado el Congreso -respaldado por la poderosa influencia de las grandes empresas y por la Asociación Médica Americana- la situación tiene todo el aspecto de continuar deteriorándose. Aunque los estadounidenses gastan mucho más en atención médica que ninguna otra nación, el modelo estadounidense basado en servicios privados, excesivos y desiguales es, en definitiva, un ejemplo de *mala salud a alto coste*.

Estadísticas Llamativas sobre Salud, Igualdad y Razas en EE.UU.

- Número de estadounidenses que viven en la pobreza:
1977: 24,7 millones
1986: 32,4 millones.²⁴¹
- Porcentaje de niños que viven en la pobreza:
1980: 17%²⁴²
1994: 25%.²⁴³
- Número de estadounidenses que pasan hambre habitualmente: 30 millones
Niños: más de 12 millones.²⁴⁴
- Número de millonarios en EE.UU.:
1969: 121.000
1989: 1,3 millones.²⁴⁵
- Entre 1977 y 1988 los ingresos ajustados a la inflación del 5% más rico de la población aumentaron en un 37%, mientras que los ingresos del 10% más pobre disminuyeron alrededor del 10,5%.²⁴⁶
- País con mayor TMM5 entre los 30 países más industrializados: Estados Unidos (exceptuando Portugal y Liechtenstein).²⁴⁷
- Niños estadounidenses que mueren cada año por causas relacionadas con la pobreza: al menos 10.000.²⁴⁸
- País que ocupa el último lugar entre los principales países industrializados en porcentaje de población con seguro médico: Estados Unidos.²⁴⁹
- Número de estadounidenses sin seguro médico: 40 millones, de los que 12 millones son niños. (Otros 20 millones tienen un seguro insuficiente.)²⁵⁰
- Número de niños estadounidenses sin atención de salud: aproximadamente 8 millones.²⁵¹
- Porcentaje de niños de los barrios céntricos de las ciudades que están completamente vacunados: menos de un 10%.²⁵²
- Mortalidad infantil:
Estadounidenses de raza blanca: 8 por mil
Estadounidenses afroamericanos: 18 por mil.²⁵³
- El 35% de los niños hispanos y el 43% de los niños afroamericanos viven bajo el umbral de la pobreza.²⁵⁴

- La tasa de encarcelamiento entre los adolescentes afroamericanos es casi 44 veces mayor que en los adolescentes de raza blanca.²⁵⁵
- Los niños afroamericanos nacidos en Chicago, Detroit y Philadelphia tienen más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida que los nacidos en Shanghai, Jamaica, Costa Rica o Chile.²⁵⁶
- Más de la mitad de los niños de Estados Unidos con SIDA son afroamericanos.²⁵⁷
- Número de adolescentes que quedan embarazadas cada año en EE.UU.: 1 millón.²⁵⁸
- Número de adolescentes que contraen enfermedades de transmisión sexual: 2,5 millones.²⁵⁹
- Número de prostitutas menores de 18 años: 300.000.²⁶⁰

Estados Unidos y la globalización de la pobreza

Estados Unidos, como única superpotencia que queda, continúa teniendo una enorme influencia sobre las políticas económicas y sociales de todo el mundo, de forma directa mediante su poder económico y militar, e indirectamente a través de las instituciones financieras internacionales (el Banco Mundial, el FMI, la Organización Mundial del Comercio, etc.). La ayuda exterior, los créditos condicionados, los acuerdos comerciales y las férreas políticas de ajuste han conducido a la mayoría de las naciones a un sistema global de mercado, estructurado y dirigido en gran parte por los EE.UU., en el que importan más las ganancias que las personas. Los pocos países suficientemente lúcidos como para resistirse a este modelo de desarrollo tan miope y avaricioso, o que han buscado un camino hacia un desarrollo social más igualitario, se han visto asediados por embargos, estrategias de desestabilización e incluso agresiones abiertas o terrorismo encubierto llevado a cabo por mercenarios, todo ello bajo el mando de Estados Unidos. El resultado ha sido una creciente disparidad en la riqueza y la salud, así como la globalización de la pobreza.

El modelo de desarrollo dominante basado en un crecimiento económico desenfrenado para los ricos ha causado una intensificación de la desigualdad y el subdesarrollo en todo el mundo. En un pobre intento de justificar este terrorismo económico autorizado por el estado, el Comité Económico del Senado manifestó con rotundidad en un informe reciente que «todas las sociedades tienen una riqueza desigual y una dispersión de los ingresos, y no hay ninguna base real para criticar ningún grado de desigualdad determinada por el mercado.»²⁶³ Este orden social resultante, tan injusto e insostenible, se mantiene de forma precaria por el envío de ayuda estratégica económica y militar a las *florecientes democracias de baja intensidad* que están fuertemente controladas por una minoría rica en colaboración con los poderosos intereses económicos del Norte.

Los paralelismos entre las políticas nacionales llevadas a cabo por el gobierno estadounidense desde principios de los 80 y las políticas de desarrollo impuestas a los países del Tercer Mundo son inevitables. Asimismo, la crisis de la deuda del Tercer Mundo va paralela a la deuda nacional de Estados Unidos, la mayor del mundo. En Estados Unidos, como en el Tercer Mundo, son los mismo grupos los que han creado y se han beneficiado de las políticas neoliberales que han aumentado la pobreza, minado el proceso democrático y precipitado el deterioro medioambiental.

A pesar de todo su poder y riqueza, Es seguro que EE.UU. no es una nación saludable. Y son todavía menos saludables las políticas de desigualdad que impone al resto del mundo.

Socioeconomía de la Salud en el Tercer Mundo

En términos generales la riqueza nacional (PNB per cápita) de los países del Tercer Mundo suele correlacionarse con las tasas de mortalidad infantil y otros indicadores de salud. De los 50 países que poseen una tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) superior a 100, todos excepto cuatro tienen un PNB per cápita inferior a 700 dólares.²⁶⁴

Sin embargo, como mencionamos anteriormente, la manera de distribirse la riqueza de un país

parece ser un determinante de salud más importante que la riqueza nacional total o los ingresos medios. Comparemos Brasil con Costa Rica. Brasil tiene un PNB per cápita relativamente alto de 4790 dólares y una TMM5 de 42.²⁶⁵ Costa Rica tiene un PNB per cápita de 2680 dólares y una TMM5 de 16 -una tercera parte de la de Brasil-.²⁶⁶ De forma similar, la tasa de mortalidad materna de Brasil es de 160 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, en contraste con las 29 de Costa Rica.²⁶⁷ La esperanza de vida en Brasil es de 67 años, 9 menos que en Costa Rica.²⁶⁸

Los mejores índices de salud de Costa Rica pueden deberse en parte a la importancia que se le da a la salud, y también pueden explicarse parcialmente por el hecho de que la diferencia entre ricos y pobres es allí menor, mientras que en Brasil es enorme y sigue en aumento.²⁶⁹ Hoy día el 1% de la población brasileña posee el 48% de la tierra cultivable,²⁷⁰ mientras que el 40% más pobre del país recibe solamente el 8% de los ingresos totales²⁷¹ (similar a lo que recibía en 1988).²⁷² Por el contrario, el 20% más pobre de Costa Rica recibe el 13% del total de los ingresos del país.²⁷³

La desigualdad de la sociedad brasileña se refleja también en el bajo gasto social de su gobierno en servicios sociales. Brasil gasta el 6% de su presupuesto en atención de salud y el 4% en educación.²⁷⁴ Costa Rica, por el contrario, dedica el 22% de su presupuesto a atención de salud y el 17% a educación.²⁷⁵ Como consecuencia, sólo el 71% de los niños brasileños llegan al quinto curso, mientras que en Costa Rica son el 88%.²⁷⁶ (véase gráf. 3-18).

Como ya hemos mencionado, hay una estrecha relación entre la educación de las mujeres y la mortalidad infantil. Así, el hecho de que en Brasil la matriculación en la escuela primaria disminuyera aun más en los años 80 no promete nada bueno para la salud de sus niños. (En otros 50 países del Tercer Mundo la asistencia a las escuelas también descendió durante los 80, en parte debido a los ajustes estructurales.)²⁷⁷

Tanto en el Tercer Mundo como en EE.UU., la disparidad de ingresos entre las familias se correlaciona con la disparidad en la mortalidad infantil. Un estudio reciente en 28 países encontró que en las familias de ingresos más bajos la mortalidad neonatal es entre 2 y 4 veces mayor que en las familias de ingresos más altos; la mortalidad postneonatal es de 2 a 5 veces superior, mientras que la mortalidad infantil es entre 4 y 30 veces mayor.²⁷⁸ El efecto que tiene una amplia disparidad en la riqueza sobre la salud infantil es expresada de forma muy gráfica por un trabajador de un hospital de El Salvador:

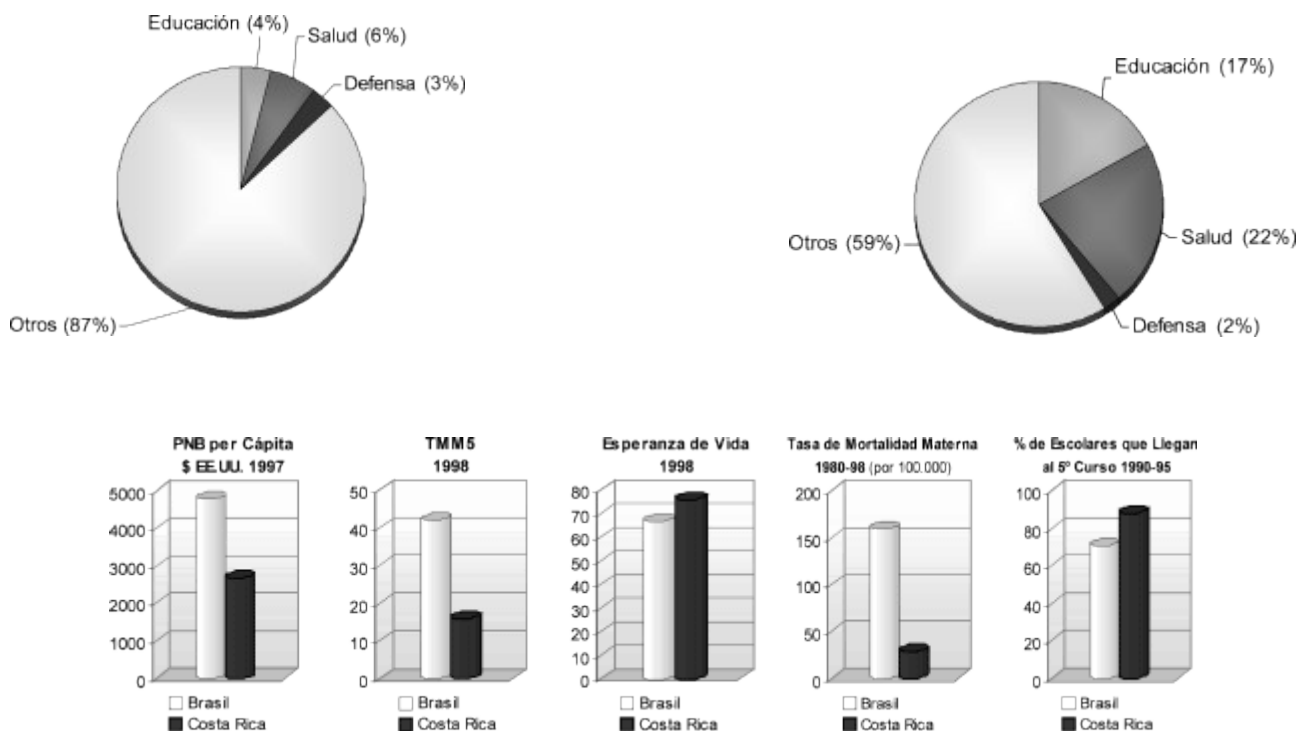
«Es un círculo vicioso. No curamos niños, solamente los revivimos para que puedan irse y volver a pasar hambre. Algunas veces enferman de infecciones banales que se convierten en graves en los niños sin defensas, en los niños que no comen lo necesario. Tres cuartas partes de los niños salvadoreños menores de cinco años padecen de algún grado de desnutrición.

»Hay comida suficiente en el país, pero los pobres no pueden pagarla. Tenemos ahora una niña de 12 años que se está muriendo de desnutrición. Su padre tiene una vaca y pollos, y planta frijoles y maíz, pero se lo tiene que dar todo al propietario de la tierra, así que su hija y el resto de la familia están pasando hambre. Si no entrega la leche, los huevos y la cosecha alguien vendría y se los llevaría, así que ¿qué puede hacer el hombre? Es un problema social y económico, no médico. Sólo vendamos las heridas, aquí no curamos a nadie.»²⁷⁹

Buena salud a bajo coste

A pesar de las sombrías y deterioradas condiciones de vida y de salud de muchos países pobres, hay unos pocos estados que han llevado a cabo con éxito impresionantes medidas para mejorar la salud de sus habitantes. En 1985, la Fundación Rockefeller patrocinó un estudio titulado *Good Health at Low Cost*²⁸⁰ (Buena Salud a Bajo Coste), cuyo propósito era averiguar «las razones por las cuales determinados países pobres habían conseguido estadísticas de salud aceptables a pesar unos

ingresos nacionales muy bajos». En concreto, el estudio buscó «verificar si China, el estado de Kerala en la India, Sri Lanka y Costa Rica habían conseguido realmente esperanzas de vida de 65-70 años con unos PNBs per cápita de sólo 300-1.300 dólares» y, de ser así, descubrir por qué. ^{**}



Al completar el estudio, sus autores concluyeron que «los cuatro estados sí lograron buena salud a bajo coste». En concreto, habían reducido espectacularmente sus tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años y, como resultado, habían aumentado su esperanza de vida hasta niveles cercanos a los del Primer Mundo. Las reducciones conseguidas en la mortalidad eran sustancialmente mayores que las registradas en los países del Tercer Mundo que habían seguido estrategias convencionales de supervivencia infantil. Además, estas reducciones se acompañaban de una menor desnutrición y, en algunos casos, de una menor incidencia de enfermedades.

Los autores de este estudio atribuyeron estas extraordinarias mejoras en la salud de poblaciones enteras a cuatro factores clave:

1. Compromiso político y social por la equidad (i.e. cubrir todas las necesidades básicas del pueblo).
2. Educación para todos con especial énfasis en la educación primaria.
3. Distribución equitativa tanto en la población rural como en la urbana de las medidas de salud pública y de atención primaria de salud.
4. Aseguramiento de una ingesta calórica adecuada [suficiente comida] en todos los niveles de la sociedad, pero sin interferir en la actividad agrícola indígena. ²⁸¹

La importancia de un fuerte «compromiso político y social por la equidad» -aunque ejercido diferentes formas- nunca se valora más de la cuenta. Henry Mosley, director del Instituto Internacional de Salud y Población de la Universidad Johns Hopkins, señala los factores sociales y políticos que subyacen bajo las mejoras en la salud conseguidas por estos cuatro estados:

«[Para] garantizar el acceso [a los servicios] debe haber un esfuerzo intenso para derribar las barreras sociales y económicas que existen entre los desfavorecidos y los servicios médicos. Esto puede plantearse mediante una estrategia diseñada desde arriba como en el caso de Costa Rica, o puede conseguirse a través de una estrategia desde abajo en la que la demanda es generada desde los propios pobres organizados, como en

Kerala [...] Un planteamiento pasivo de ofrecer solamente servicios no tendrá éxito en la mayoría de los casos a menos que la población conozca mejor sus derechos políticos.»²⁸²

Mosley dice más adelante que:

«Los pilares básicos de cualquier intento de reducir la mortalidad implican el compromiso político de promover la igualdad, así como políticas y estrategias que proporcionen servicios esenciales para todos. A juzgar por las experiencias históricas de los casos estudiados, este escenario puede alcanzarse a través de una larga historia de principios igualitarios y democracia (Costa Rica), mediante la agitación de grupos políticos de desfavorecidos (Kerala) o a través de una revolución social (China).»²⁸³

Aunque en el informe Rockefeller *mortalidad y esperanza de vida* se utilizaron como indicadores primarios de los niveles relativos de salud, también se consideraron otros factores de *calidad de vida y equidad*. El *índice de Gini* (IG) examina la igualdad relativa de una población en cuanto a factores como ingresos totales por miembro familiar, distribución de la tierra o consumo de alimentos. Un valor bajo de este coeficiente indica un mayor grado de igualdad. Todos los países del estudio *Buena Salud* tenían un IG relativamente bajo (mayor igualdad) que los estados vecinos. Sin embargo, entre los cuatro estados estudiados se observaron diferencias y tendencias que pueden arrojar luz sobre la probabilidad de mantener las mejoras conseguidas en salud. En Sri Lanka, por ejemplo, hubo una disminución del IG por los ingresos totales familiares (i.e. la disparidad de ingresos se redujo) de 0,46 en 1953 a 0,35 en 1973, pero aumentó de nuevo a 0,43 en 1981, reflejando el retroceso de la tendencia igualitaria tras 1977. (Como respuesta a una crisis económica a finales de los 70, que incluyó un programa de ajuste estructural en 1977, la accesibilidad a los subsidios para comida se redujo drásticamente.²⁸⁴ A finales de los 70, la ingesta calórica del 30% más pobre de Sri Lanka bajó de forma significativa, mientras que aumentó la del 50% más rico.)²⁸⁵ De esta manera, Sri Lanka ha sufrido algunos retrocesos en sus iniciales logros sociales. Obviamente, la actual guerra civil en el norte del país tampoco ha ayudado.

De los cuatro países investigados, China ha ofrecido con diferencia los resultados más «...excepcionales en cuanto a igualdad [...] Se sabe que en algunas regiones de China el IG para la distribución de la riqueza (sobre todo la tierra) bajó de 0,80 [en el momento de la Revolución] a nada menos que un 0,22». Mientras que el descenso de la tasa de mortalidad infantil (TMI) de los otros tres estados se ha atribuido sobre todo a la mejora de los servicios (mejora en la cobertura sanitaria, vacunaciones, agua y saneamiento, ayudas para la alimentación y educación), las mejoras de China tienen su base en una distribución más justa de la tierra y de la producción de alimentos. En otras palabras, la población fue animada a hacerse más autosuficiente, en lugar de depender de la ayuda del gobierno. Las cosechas de las cooperativas de producción [comunidades] fueron sujetas a impuestos por el Gobierno. Esto proporcionaba una reserva para que el gobierno pudiera ayudar a las comunidades en tiempos de crisis y, si fuera necesario, redistribuir algunos de los excedentes de las comunidades más prosperas a aquellas con dificultades.

¿Cómo es de sostenible la «buena salud a bajo coste»?

Tendencias desde el estudio Rockefeller

Pasados unos años desde el estudio Rockefeller, resulta interesante comparar cómo estos cuatro estados han conseguido mantener sus respectivos avances hacia una 'buena salud a bajo coste'. Según diversos indicadores, China parece ser la que mejor lo ha logrado, mientras que en Kerala, Sri Lanka y Costa Rica las mejoras en la reducción de la desnutrición y las enfermedades se han visto mermadas en los últimos años, de manera más notable (y predecible) en el caso de Sri Lanka. En estos tres países, la igualdad estaba menos arraigada e institucionalizada; además, se han visto fuertemente afectadas por la recesión económica y las medidas de ajuste estructural, a lo que hay

que añadir una guerra civil en el caso de Sri Lanka.

La tendencia observada en Costa Rica es especialmente reveladora. Todo parece indicar que su impresionante reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (de 112 en 1960 a 29 en 1980 y 16 en 1992)²⁸⁶ se ha debido sobre todo a la disminución en las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias, lo cual se atribuye sobre todo a intervenciones de salud: tratamiento precoz, aumento de la cobertura vacunal, suministro de agua y saneamiento, suplementos alimenticios a niños pequeños y embarazadas y, posteriormente, un mayor acceso a hospitales (atención secundaria) y a servicios de planificación familiar.²⁸⁷ En el estudio Rockefeller se atribuyó al «progreso socioeconómico» sólo un 25% de la reducción total de la mortalidad infantil.²⁸⁸

Sin embargo, con la creciente crisis de la deuda de Costa Rica a principios de los 80, a medida que el progreso socioeconómico se estancó y comenzó a retroceder, la bajada en la mortalidad infantil se detuvo.²⁸⁹ La rápida inflación y la caída de los salarios reales «supusieron un deterioro del poder adquisitivo y pudieron haber sido la causa de unas mayores tasas de desnutrición y mortalidad».²⁹⁰ El porcentaje de población que no podía pagar «la cesta de la compra básica» aumentó de un 18% en 1980 a un 37% en 1982. Los niveles nutricionales, en especial los de los niños, comenzaron a bajar; más de un tercio de los niños no recibían suficiente comida. Esta situación mejoró algo en 1983 «debido a que se frenó el crecimiento de la inflación y a que el gobierno aumentó el salario mínimo».²⁹¹ Los niveles actuales de salud de Costa Rica siguen siendo bastante buenos. (Por ejemplo, su porcentaje de niños con bajo peso al nacer es igual que el de Estados Unidos.)²⁹² Sin embargo, el progreso se ha detenido en la mayoría de las regiones y, en gran medida, la calidad de vida está empeorando para una buena parte de la población.

Gran parte de este deterioro parece ser debido a las políticas de ajuste estructural impuestas por el Banco Mundial y el FMI, que son puestas en marcha generalmente a través de la USAID.²⁹³ En lugar de ayudar a Costa Rica a recuperarse de su crisis, su deuda se ha hecho aún mayor (por medio de nuevos créditos sometidos a políticas de ajuste) y ha habido retrocesos en los anteriores progresos hacia una mayor igualdad.

El programa de ajuste de Costa Rica busca aumentar sus ingresos por exportaciones para paliar su deuda externa. Esto se lleva a cabo, en parte, «forzando a los campesinos que habían cultivado tradicionalmente frijoles, arroz y maíz a cultivar *exportaciones agrícolas no tradicionales* (EANTs) tales como plantas decorativas, flores, melones, fresas y pimienta roja». Se dan incentivos y beneficios fiscales a los grandes productores por convertir sus plantaciones y cultivar EANTs. Según Alicia Korten: «Los pequeños agricultores dicen que estas políticas les están echando de sus tierras, y que el pequeño campesino está desapareciendo como clase social productora.»²⁹⁴ Incluso el Banco Mundial admitió en su *Costa Rica: Country Economic Memorandum* (Costa Rica: Memorandum Económico del País) de 1988 que «los pequeños propietarios que no sean capaces que adaptarse a estas nuevas actividades (cultivos no tradicionales) podrían tener que vender sus tierras y convertirse en trabajadores sin tierra.»²⁹⁵

A medida que aumenta en Costa Rica el número de personas marginadas, el gobierno confía cada vez más en su policía civil para mantener la estabilidad, y su número ha aumentado espectacularmente desde principios de los 80. El aumento de la brutalidad policial, los desalojos a punta de pistola y la quema masiva de casas ilegales son una triste serie de acontecimientos para un país que abolió su ejército en 1948 y que siempre se ha enorgullecido de su tradición no violenta.²⁹⁶ Incluso el funcionario de la USAID Arturo Villalobos está de acuerdo en que la concentración de la tierra en unas pocas manos y la aparición de un gran número de campesinos sin tierra «ha sido un terrible revés para la democracia, la armonía social y el medio ambiente de Costa Rica».²⁹⁷

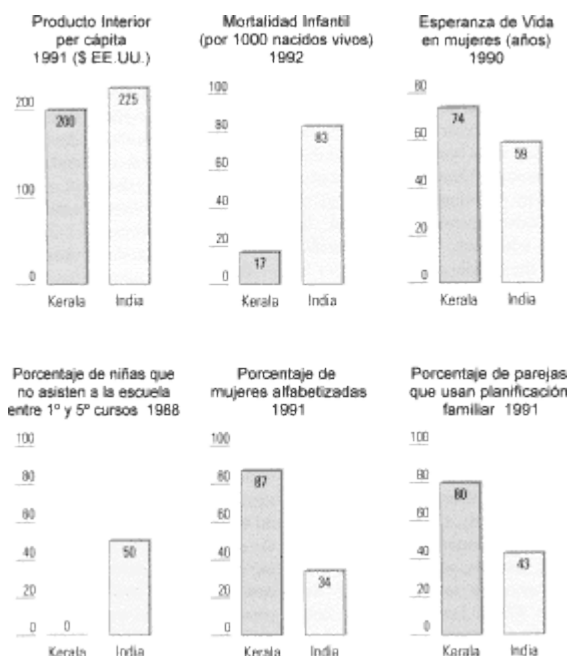
A medida que Costa Rica se ha hecho más dependiente de sus exportaciones y de la fluctuación (generalmente a la baja) del mercado internacional, sus dificultades económicas se han visto

incrementadas. El gasto en la importación de bienes de lujo para los ricos supera los ingresos por exportaciones. El alza de los aranceles para los cereales básicos por parte de la agricultura subvencionada del Norte ha hecho disminuir la producción local y ha provocado que más campesinos se queden sin tierras. El economista de la USAID Miguel Sagot sugiere que «el ajuste estructural ha aumentado en Costa Rica las diferencias entre ricos y pobres». Advierte de que: «Los servicios sociales [...] también se han deteriorado en los últimos años. Muchos piensan que es porque el gobierno ha cambiado sus prioridades presupuestarias de los servicios sociales a la promoción de las exportaciones.»²⁹⁸ En realidad, el gobierno de Costa Rica tiene pocas opciones: si no cumple con las condiciones exigidas por el Banco Mundial y el FMI se verá fuera de los acuerdos de libre comercio norteamericanos y perderá su acceso a posteriores créditos. Como concluye Alicia Korten: «Los líderes costarricenses parecen dispuestos a sacrificar la igualdad social, la sostenibilidad medioambiental y la estabilidad económica a largo plazo por un puesto en el mercado mundial.» Si siguen en esta dirección, parece que están en el camino de sacrificar también su 'buena salud a bajo coste'.²⁹⁹

Kerala es uno de los estados más pobres de la India, pero supera con mucho al resto del país en cuanto a salud y educación debido a que su gobierno popular ha dado la máxima prioridad durante los últimos 30 años a las necesidades básicas. En Kerala más del 90% de los adultos están alfabetizados, en comparación con el 52% de la media del país. Su tasa de mortalidad infantil es aproximadamente de 10 por cada 1000 nacidos vivos (una de las tasas más bajas del Tercer Mundo), mientras que en la India en su conjunto es de 81. Un vigoroso programa de reforma agraria ha beneficiado a millones de granjeros de Kerala, que hasta no hace mucho vivían bajo un régimen feudal. También tiene los mejores sistemas de transporte, electricidad y abastecimiento de agua de toda la India.

Sin embargo, el incremento de los costes y las malas condiciones del mercado de finales de los 80 y la década de los 90 han hecho cada vez más difícil mantener su modelo de estado de bienestar. El desempleo ha crecido y la inflación está empeorando los niveles de vida.³⁰⁰ Al igual que Sri Lanka y (en menor medida) Costa Rica, Kerala muestra una divergencia entre su tasa de mortalidad infantil relativamente baja y los indicadores de calidad de vida. Aunque la nutrición infantil es mejor que en los estados vecinos (más ricos), las altas tasas de detención del crecimiento y de recién nacidos de bajo peso sugieren que aún persiste en Kerala una desnutrición significativa y muy extendida. (El estudio Rockefeller apuntó que las tasas de enfermedad solamente parecen haber descendido en los casos relacionados con las vacunaciones.)³⁰¹ Dos investigadores locales altamente cualificados concluyen que: «La situación sanitaria de Kerala supone un interesante cuadro de baja mortalidad total coexistiendo con una morbilidad considerable, en su mayoría causada por enfermedades ligadas al subdesarrollo y a la pobreza.»³⁰²

Esta divergencia entre mortalidad y morbilidad sugiere que *los logros conseguidos en materia de salud mediante un cambio socioeconómico hacia una igualdad total, como en el caso de China, aguantan mejor ante las adversidades económicas que pudieran surgir que los logros obtenidos mediante políticas de bienestar y atención de salud relativamente superficiales y más fácilmente reversibles, como en los otros tres ejemplos.* En China, los logros globales en la salud -que incluían reducciones simultáneas de mortalidad, morbilidad y desnutrición- ocurrieron como resultado de mejoras en las condiciones socioeconómicas más que por cambios en la atención de salud o los servicios públicos. Además, estas mejoras han resultado más duraderas.



Sin embargo, queda por ver si incluso las mejoras conseguidas en China perdurarán en el clima conservador que vivimos hoy. Con el cambio del país hacia una economía de mercado, los médicos descalzos elegidos por sus propias comunidades y responsables ante ellas son en gran medida una cosa del pasado. Con la introducción de las granjas privadas, las diferencias entre ricos y pobres vuelven a aumentar. Mientras China es absorbida cada vez más por el modelo de desarrollo dominante, su compromiso político por la igualdad parece estar adormeciéndose. Como dato revelador, a principios de los 80 el número de niños con bajo peso subió un 10%; en 1990 uno de cada cinco niños chinos tenía un peso insuficiente.³⁰⁴ ¿Será China -con una quinta parte de la población mundial- capaz de mantener sus logros de *buena salud a bajo coste*?

Lecciones para aprender de los países con «buena salud a bajo coste»

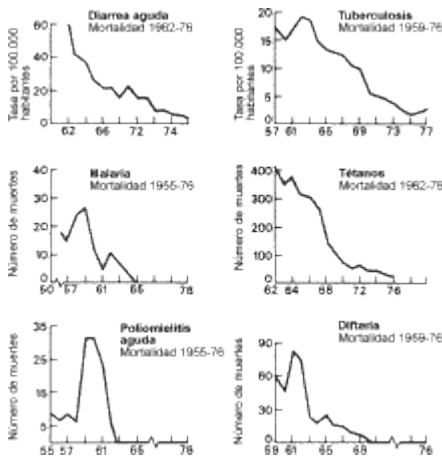
A pesar de las dificultades que encontraron, los cuatro países estudiados en *Buena Salud a Bajo Coste* son un ejemplo de cómo incluso los países más pobres pueden lograr importantes mejoras en la salud de sus habitantes. Lo hicieron mediante estrategias de desarrollo que tenían como prioridad máxima asegurar la cobertura de las necesidades básicas de toda la población. Ninguno de ellos -al menos durante el período de sus mayores mejoras- siguió el actual modelo de desarrollo *decrecimiento a cualquier coste*, que promueve una expansión desenfrenada de las grandes empresas industriales privadas con la esperanza de que algo de la riqueza generada vaya a parar a manos de los pobres. En su lugar, siguieron un planteamiento de desarrollo basado en las *necesidades básicas* que se centraba en modelos igualitarios de servicios o producción pensados para involucrar a la mayor parte posible de la población. En agricultura, para asegurar que todos (sobre todo los niños) tuvieran sus necesidades nutricionales cubiertas, reforzaron los métodos tradicionales, basados en pequeñas propiedades, para cultivar productos locales y baratos. La producción se destinaba sobre todo al consumo local, no a la exportación. Según cada país, el tipo de propiedad podía ser privada (Costa Rica) o comunal (China), pero en todos ellos se fomentaba un método comunitario cooperativo de resolución de problemas y cobertura de necesidades. La motivación subyacente era un espíritu de compartir y trabajar juntos para el bien común. Cada uno a su manera, estos cuatro países ofrecen poderosos argumentos a favor de un planteamiento integral y orientado a la igualdad para satisfacer las necesidades nacionales de salud.

Los logros sanitarios de Cuba

China, Sri Lanka, Kerala y Costa Rica no son, desde luego, los únicos países o estados que han hecho progresos hacia una «buena salud a bajo coste». Cuba, con menos de la mitad de ingreso (PNB) per cápita que Costa Rica, tiene una TMM5 significativamente más baja (8 contra 16). Los niveles cubanos de salud, educación y bienestar social general no solamente son superiores a los de cualquier otro país del «Tercer Mundo», sino que en muchos aspectos son iguales, si no superiores, a los de muchos países `desarrollados' del Norte. Por ejemplo, Cuba tiene una TMM5 similar a la de Portugal, cuyo PNB es 10 veces mayor, y tiene una tasa de vacunación infantil bastante mayor que la de Estados Unidos, con un PNB más de 20 veces mayor. De hecho, Cuba tiene una de las mayores tasas del mundo de vacunación de niños frente al sarampión (99%) y de mujeres embarazadas contra el tétanos neonatal (70%). Cuba también ha dado gran importancia a la igualdad de la mujer, y tiene una mayor proporción de niñas frente a niños matriculados en educación secundaria que Estados Unidos. Incluso con sus crecientes dificultades económicas, debidas a la pérdida del apoyo soviético y al severo embargo estadounidense bajo la administración Clinton, Cuba ha logrado asegurar la cobertura de las necesidades básicas de todos sus habitantes -y de forma especial las necesidades nutricionales de los niños.

Sin embargo, Cuba no fue incluida en el estudio Rockefeller, ni sus espectaculares logros en salud infantil han merecido mención en los informes anuales del UNICEF. La razón está clara: Cuba ha seguido un modelo de desarrollo radicalmente opuesto al del sistema de mercado prevalente. Ha sido violentamente atacada, boicoteada, sus peticiones de créditos para el desarrollo denegados

(hasta hace poco) e incluso sus líderes han sufrido repetidos intentos de asesinato por parte de Estados Unidos; todo en nombre de la *seguridad nacional* estadounidense. Pero la mayor amenaza cubana para una superpotencia como ésta es su modelo de desarrollo, que antepone las necesidades del pueblo a los beneficios de las grandes empresas. Este modelo -si lograra tener éxito- podría ser peligroso para el orden establecido.



Cuba ha logrado, hasta la fecha, mantener sus altos niveles de salud infantil a pesar de una disminución de un 50% de su economía desde principios de los 90. Como en China, esto podría deberse en parte a que su planteamiento integral de la salud y el bienestar surge de un cambio social revolucionario construido sobre una fuerte participación popular.

Cuba ha usado durante mucho tiempo el lema «¡Poder popular!» y, en algunos aspectos, este poder de los ciudadanos existe. Pero la participación en la toma de decisiones se ha ido debilitando, como en China, en favor de un gobierno autoritario fuertemente centralizado. A menos que Cuba y China consigan hacer que el *poder popular* se parezca más a una realidad práctica, las dificultades internas y las presiones externas para una

modernización hacia el libre mercado pueden dar al traste con los enormes logros obtenidos por estos excepcionales estados.

La experiencia de Guyana con una alternativa a los ajustes estructurales basada en la equidad^{***}

Guyana, a pesar de su riqueza mineral y forestal, es el país más pobre del Hemisferio Occidental. Este pequeño país caribeño fue en su tiempo próspero, pero tras su independencia del Reino Unido en 1966 fue saqueado por una dictadura corrupta que controló la mayor parte de la actividad económica nacional en su propio beneficio y en el de los poderes del Norte que le apoyaban.

En los 80 Guyana se convirtió en el país más endeudado del mundo. Desde 1988 el 80% de sus ingresos se ha destinado a pagar su deuda externa. Bajo las políticas de ajuste supervisadas por el FMI, el valor del dólar guyanés cayó de 10 por cada dólar de EE.UU. en 1988 a 144 dólares guyaneses por cada dólar estadounidense en 1995. Como parte del ajuste, el país ha subordinado las necesidades de su economía nacional a las del mercado internacional. La agricultura de subsistencia ha sido reemplazada por productos destinados a la exportación. Los bosques han sido talados y los minerales extraídos para exportarlos y conseguir beneficios rápidos con los que hacer frente a su deuda. Se han recortado los presupuestos para salud, educación y potabilización de agua para pagar créditos con los que financiar el desarrollo de las exportaciones.



Una minoría local se beneficia, pero la mayoría pierde mucho más de lo que gana. Durante la pasada década y la actual los niveles de desnutrición, enfermedad, mortalidad infantil, desempleo y pobreza total, así como el crimen, el tráfico de drogas, los niños de la calle y la prostitución han aumentado de manera espectacular.

Una alternativa basada en las necesidades de la gente

En 1992, en las primeras elecciones auténticamente libres en 30 años, los habitantes de Guyana eligieron como presidente a Cheddi Jagan, del Partido Progresista del Pueblo, que había sido derrocado 30 años antes en un golpe de estado apoyado por Estados Unidos.

Al principio las políticas del FMI impidieron a Jagan llevar a cabo las reformas sociales y económicas que podrían combatir de manera eficaz la pobreza. Pero, en agosto de 1993, los ciudadanos de Guyana unieron esfuerzos con la BWRO (*Bretton Woods Reform Organization* u Organización para la Reforma de las Instituciones de Bretton Woods) para crear la primera alternativa concreta a los PAEs, conocida como Programa Alternativo de Ajuste Estructural (PAAE). Al frente de la BWRO está Davison Budhoo quien, tras trabajar 12 años diseñando los PAEs para el FMI, dimitió asqueado. En su carta abierta de renuncia, titulada *Enough is Enough* (Basta y Sobra), decía que esperaba «lavar mis manos de [...] la sangre de millones de personas pobres y hambrientas». ³⁰⁶ Budhoo había sido durante dos años el representante del FMI en Guyana, donde ahora está la sede del BWRO.

La nueva alternativa de Guyana al ajuste estructural va más allá del cauto *Ajuste con Rostro Humano* del UNICEF. Según Budhoo «supone el diseño democrático de una política económica [...] integral que cubra las necesidades básicas de toda la población». El primer paso es formar un comité nacional que recoja aportaciones de todos los grupos y sectores afectados. Mediante seminarios y simposiums, un grupo central de personas deseosas de una estrategia alternativa de desarrollo se reunió con representantes de trabajadores, mujeres, educadores, campesinos, hombres de negocios y pueblos indígenas. Juntos discutieron y redactaron un plan de desarrollo económico con el objetivo de cubrir las necesidades del pueblo de Guyana. Según Susan Meeker-Lowry:

«El resultado es un planteamiento claramente diferente al del FMI y el Banco Mundial. Está basado en el principio de que una economía saludable no se basa en las exportaciones como fuente de ingresos y en las importaciones para cubrir las necesidades básicas. En su lugar, una economía saludable se ocupa de las necesidades del pueblo de una forma sostenible e igualitaria que promueva la autosuficiencia.

»La agricultura sostenible es un componente clave de la alternativa de Guyana. No se apoyará más tiempo la exportación de materias primas y la importación de productos manufacturados. En vez de eso, la producción y el consumo interior de alimentos reciben la máxima prioridad. Los cultivos se diversifican y se promocionan cultivos no tradicionales -que disminuyen el coste de la comida y crean empleo.

»Este modelo también promueve una amplia base económica que da prioridad a las pequeñas empresas que emplean mucha mano de obra. Da gran importancia a infraestructuras rurales apropiadas, incluyendo carreteras, comunicaciones y tecnología y energía asumibles. Créditos blandos promueven el desarrollo de negocios locales por medio de bancos al estilo del Grameen, que conceden préstamos a interés bajo o nulo utilizando un método de préstamos de grupos paritarios.

»La [alternativa de] Guyana rechaza la congelación del gasto social que propone el FMI, asegurando que 'el aumento de la calidad de vida de la mayoría ha de ser el primer y principal objetivo'.» ³⁰⁷

La deforestación ha sido también un tema prioritario; Guyana tiene una de las mayores reservas de bosque tropical del mundo. Sin embargo, la mayoría ha sido concedida para su explotación a multinacionales, a las cuales, bajo los términos del PAE del FMI, se les concedieron 10 años de exención de impuestos. La tala descontrolada estaba destruyendo rápidamente el medio ambiente de los habitantes indígenas de estos bosques.

Como parte de la nueva alternativa al ajuste se designó un Tribunal Internacional de Bosques Tropicales para revisar el acuerdo del gobierno con las multinacionales madereras y mineras. Este tribunal desclasificará y renegociará los contratos secretos existentes y facilitará la reforma de la Agencia Guyanesa de Recursos Naturales, actualmente sin funciones. También asegurará a los indígenas el respeto de los títulos de propiedad de sus tierras, y se tendrá en cuenta su opinión para

los temas del desarrollo que les afecten.

En 1994 el presidente Jagan declaró el programa del FMI para Guyana «tremendamente imperfecto e inadecuado» y se mostró de acuerdo en «cancelar el PAE del FMI y volver a negociar con esa institución partiendo de las conclusiones y recomendaciones del PAAE del pueblo». Los guyaneses no creen que el FMI acceda fácilmente a este plan alternativo, ya que se basa más en la autosuficiencia que en servir al mercado mundial. Pero Budhoo y otros activistas sociales ven este nuevo planteamiento como el principio de un movimiento mundial a favor de alternativas menos dañinas para la gente. Se espera un gran impacto cuando India y Filipinas se opongan a las instituciones financieras internacionales y defiendan sus modelos alternativos de desarrollo basados en la igualdad. Ya en 1993, en la India, medio millón de personas, la mayoría campesinos, se manifestaron en contra de la política agrícola del FMI/Banco Mundial y el GATT (Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio).³⁰⁸

Budhoo afirma que «Guyana es importante porque necesitamos mostrar que puede llevarse a cabo [...] No estamos hablando de problemas técnicos de la economía internacional, sino de nuestro papel para dar forma al destino de la humanidad y del legado que dejaremos a las generaciones venideras.»³⁰⁹

* Esto es así porque el *PIB real per cápita* toma en cuenta la variación de los precios entre países -algo que no hace el PNB per cápita-. El PIB per cápita compara cuánto cuesta comprar una misma cantidad de bienes en países diferentes. Muestra que, aunque EE.UU. ocupa el octavo lugar en ingresos medios, los estadounidenses pueden comprar más cosas con su dinero que los ciudadanos de otros países.

** Irónicamente, entre los autores de este estudio -que proporciona poderosos argumentos a favor de la Atención Primaria de Salud Integral en su sentido más amplio- se encontraban Kenneth Warren y Julia Walsh, dos de los primeros y más fervientes defensores de la Atención Primaria de Salud Selectiva (véase p. 24).

*** Este relato de la estrategia alternativa de desarrollo de Guyana está adaptado de «Guyana Takes on the IMF» (Guyana se enfrenta al FMI) de Susan Meeker-Lowry en el número de verano de 1995 de *In Context*. Susan es la autora de *Economics as if the Earth Really Mattered* (La Economía si la Tierra Importara de Verdad) de 1988 y de *Investing in the Common Good* (Invirtiendo en el Bien Común) de 1995 -ambos publicados por *New Society Publishers*.

La Equidad como Solución Sostenible al Crecimiento de la Población y al SIDA

En este capítulo nos ocupamos de dos temas controvertidos relacionados con un futuro sostenible para los niños del mundo: el crecimiento de la población mundial y la propagación del virus VIH/SIDA. Ha habido intentos de detener el incremento de la población y del SIDA mediante medidas tecnológicas que tienden a culpar a los pobres y a los grupos de alto riesgo mientras buscan «cambios de comportamiento». Sin embargo, en realidad, es la desigualdad en la distribución de la riqueza y el poder -la explotación de los débiles por los fuertes- lo que está detrás del rápido crecimiento de la población y de la propagación del SIDA. Solamente combatiendo las injusticias sociales, desde el nivel familiar al internacional, podemos esperar conseguir un equilibrio sostenible entre la humanidad y el medio ambiente, y detener la propagación del SIDA.

- ¿Es el [control de la población](#) una respuesta a la crisis mundial actual?
- ¿[Debe permitirse que mueran los niños](#) de las «poblaciones explosivas»?
- [El SIDA en el Tercer Mundo](#): una enfermedad de la pobreza y de la injusticia estructural

Es el control de la población una respuesta a la crisis mundial actual?

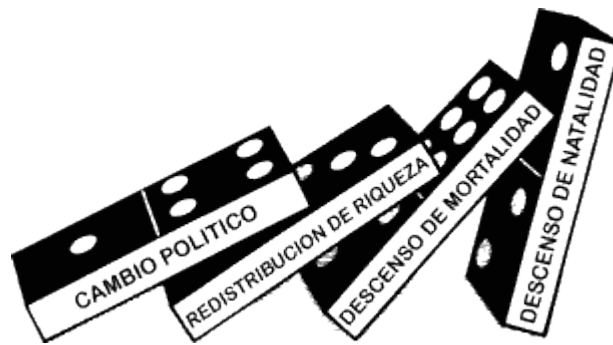
Resuelvan los problemas de la gente y el «problema de la población» se resolverá por sí mismo.

-Eslogan popular de los años 70

Casi todos los países del Norte que han logrado estabilizar su población lo han conseguido promoviendo una mejor calidad de vida antes que intentando explícitamente reducir el crecimiento de la población.

*-Population Policies Reconsidered:
Health, Empowerment and Rights*.*

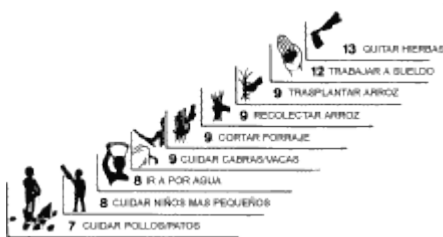
Escuela de Salud Pública de Harvard, 1994³¹⁰



El rápido crecimiento de la población en los países subdesarrollados ha sido denominado «el problema más grave del mundo».³¹¹ Fue el tema de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en septiembre de 1994 en El Cairo (Egipto). Los argumentos propuestos fueron que el planeta ha alcanzado -y en algunas zonas sobrepasado- su «capacidad de carga». Los conferenciantes achacaron las principales crisis de nuestro tiempo al rápido incremento de la población. Estas crisis incluían el hambre en el mundo, el crecimiento de la pobreza, la falta de tierras y la emigración a las ciudades, el crecimiento vertiginoso de colonias ilegales, el aumento del crimen y la violencia, el enorme número de refugiados, el resurgimiento del cólera, la inadecuada cobertura de los sistemas de salud y educación y el deterioro mundial del medio ambiente.

Puesto que la mayor parte del crecimiento de la población mundial tiene lugar en el Tercer Mundo, se tendió a definir el centro del problema como que «los pobres tienen demasiados hijos». Se sugirió que la solución final a la crisis de la población y, por ello, a muchas de las crisis actuales a las que se enfrenta la humanidad, requeriría la reducción de la pobreza. Pero para una acción más inmediata, hubo una fuerte demanda de aumentar las iniciativas de planificación familiar (i.e. control de natalidad) en los países y comunidades pobres.

Muchas veces se echa la culpa del rápido crecimiento de la población a la introducción de servicios de salud modernos, que hacen bajar las tasas de mortalidad infantil sin la correspondiente caída de las tasas de natalidad. Muchos planificadores de alto nivel insisten en que *todos los servicios de salud de las comunidades pobres deberían tener un fuerte componente de planificación familiar*.



(En algunos países, los suministradores de atención de salud han sido obligados a reclutar unos cupos mensuales de *aceptores* de control de la natalidad. Esto ha llevado a muchos abusos, como esterilizaciones no solicitadas o negarse a atender a los niños enfermos hasta que sus madres acepten la anticoncepción o esterilización.) Como han señalado los movimientos de mujeres progresistas, este desproporcionado énfasis en la planificación

familiar puede ser contraproducente. Para muchas familias socialmente desfavorecidas tener muchos hijos es una ventaja económica que proporciona la seguridad que la sociedad no da.³¹² Tanto en zonas rurales como urbanas, los niños contribuyen a los ingresos familiares desde una edad temprana, y proporcionan apoyo y cuidado cuando los padres están desempleados, enfermos o ancianos.

¿Debe permitirse que mueran los niños de las «poblaciones explosivas»?

Algunos científicos destacados incluso cuestionan la validez de promocionar las intervenciones en pro de la Supervivencia Infantil en las poblaciones pobres que crecen rápidamente. Por ejemplo, el Dr. Maurice King, uno de los pioneros de la Atención Primaria de Salud, piensa que cuando disminuyen las tasas de mortalidad infantil dentro de un conjunto de mejoras en los estándares de vida (como ha ocurrido históricamente en los países del Norte), las tasas de natalidad también tienden a disminuir. Sin embargo, afirma que cuando la mortalidad infantil es reducida de manera

provisional mediante intervenciones selectivas verticales tales como la TRO o las vacunaciones, que dejan sin cambiar las pobres condiciones de vida, las tasas de natalidad permanecen altas. La combinación de baja mortalidad y alta natalidad conduce a un rápido aumento de la población que, a su vez, acelera la escasez de tierra, la reducción de recursos ecológicos, el desempleo, la desnutrición y un mayor deterioro de las condiciones de vida. King llama a este círculo vicioso la *Trampa Demográfica*. Advierte de que «la vida de un niño en una comunidad atrapada puede ser conservada tecnológicamente a corto plazo, pero sólo para un futuro miserable y desnutrido y una muerte temprana.»³¹³ King critica de forma enérgica a UNICEF por su estrategia de Supervivencia Infantil, la cual -afirma- se centra demasiado en las intervenciones salvavidas sin afrontar adecuadamente la planificación familiar o la calidad de vida.

Reformando la célebre definición de salud de la OMS, King sugiere que «la Salud es un estado *sostenible* de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad». Afirma que en las comunidades atrapadas, donde «no son posibles las medidas sostenibles adecuadas, no deberían introducirse a escala pública medidas que no generan sostenibilidad, como la rehidratación oral, ya que prolongan en el tiempo la miseria humana, especialmente por el hambre.» Sobra decir que las implicaciones de la afirmación de King -dejar morir a los niños necesitados por un futuro bien común- ha generado protestas del UNICEF y ha desencadenado un acalorado debate internacional. Algunas de estas observaciones de Maurice King están bien fundadas. Los esfuerzos aislados por disminuir la mortalidad infantil a través de intervenciones tecnológicas seleccionadas -cuando son promovidas de manera que no hacen nada por mejorar la calidad de vida de los niños- a menudo equivalen solamente a aplazar la muerte y prolongar la pobreza. Como señalamos en el Capítulo 6, se está viendo una divergencia entre las tasas de morbilidad y mortalidad en ciertos países que han practicado estrategias selectivas de supervivencia infantil. Esto presagia retrasos y retrocesos en la reducción de las tasas de mortalidad infantil (véase p. 42). Estos ejemplos proporcionan fuertes evidencias de que para alcanzar un *estado de salud sostenible* dentro de una sociedad, es necesaria una concepción de la atención de la salud más integral que selectiva: que llegue hasta las raíces sociales y económicas de la falta de salud, la alta mortalidad y la alta natalidad.



Sin embargo, la afirmación de King de que la promoción de tecnologías como la TRO o la inmunización debería ser negada a las ciudades y comunidades encerradas en la «trampa demográfica» es desmedida. Todo niño -rico o pobre, fuerte, débil o discapacitado- tiene el mismo derecho a vivir, crecer, tener salud y desarrollar todo su potencial. Las tecnologías potencialmente

salvavidas, como la TRO y la inmunización, deben ser introducidas en todas las comunidades necesitadas. Pero deberían ser introducidas como parte de una estrategia integral que pueda ayudar a las familias y comunidades a trabajar con decisión para garantizar que todas las necesidades básicas y los derechos de todos los niños -y toda la gente- sean satisfechos.

Prácticamente en todas las comunidades empobrecidas en las que King habla de *trampa demográfica* la gente está también atrapada por la falta de poder y la opresión. Problemas de miseria, falta de tierras, subempleo y deterioro social, de los que a menudo se culpa a la *superpoblación*, frecuentemente se resuelven por sí mismos -como hicieron en Cuba- cuando tierra, recursos y servicios son distribuidos más justamente. Así pues, cuando las sociedades empiezan a asegurarse de que son cubiertas las necesidades básicas de toda la población, las familias con ingresos bajos pueden permitirse tener menos hijos y ven las ventajas de hacerlo. De esta forma, las tasas de crecimiento de la población empiezan a disminuir. Este declive es evidente en muchos países industrializados del Norte. Estos países europeos, que tienen un salario mínimo suficiente, atención de salud universal y seguridad social equitativa, se han acercado al crecimiento cero de población.

Por contra EE.UU., con toda su enorme riqueza, también tiene tremendas desigualdades (véase p. 121). No es sorprendente que EE.UU. tenga una tasa de natalidad más alta que otros países industrializados del norte que son mucho más equitativos a la hora de cubrir todas las necesidades básicas de sus ciudadanos. Más aún, según crece la desigualdad en EE.UU. la tasa global de fecundidad ha ido aumentando desde 1,8 en 1980 a 2,0 en 1998.³¹⁴

Bajas tasas de crecimiento de la población en algunos países pobres: ejemplos

Ya hemos visto que los cuatro estados del estudio *Buena Salud a Bajo Coste* (véase p. 123), y también Cuba, han reducido marcadamente la mortalidad infantil y mejorado mucho la salud global de los niños y su calidad de vida. Lo han conseguido garantizando la satisfacción de las necesidades básicas de todo el pueblo.

Es interesante observar que varios estudios sobre tendencias de población señalan que estos mismos cinco países, con una desigualdad relativamente baja en los ingresos (especialmente China, Kerala y Cuba), también han reducido sustancialmente sus tasas de natalidad.³¹⁵ La disminución más rápida de la mortalidad infantil de Costa Rica coincidió con su mayor disminución en la tasa de natalidad. Después de 1980 y los ajustes estructurales, sin embargo, tanto la mortalidad como la natalidad detuvieron su disminución. Hoy Costa Rica tiene una tasa de natalidad total de 3,2, más alta que la de Colombia o Panamá.³¹⁶

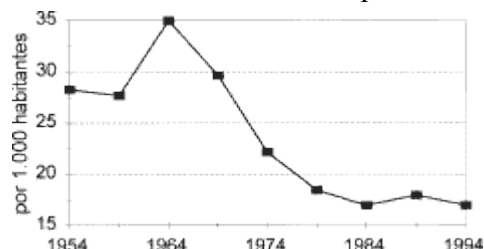
Algunos de estos países con baja disparidad de ingresos han tenido intensos programas de planificación familiar, mientras que otros no. China ha impulsado enérgicamente su política de población «una familia, un niño» (con resultados alarmantes en cuanto a violación de derechos humanos, incluyendo el frecuente asesinato de fetos femeninos y niñas recién nacidas por padres que quieren un niño). Sin embargo, Kerala, Sri Lanka y Costa Rica tienen tasas de fecundidad relativamente bajas (comparadas con el promedio de los países del Tercer Mundo) a pesar de la menor agresividad de sus campañas de planificación familiar.

Por ejemplo, Kerala -a pesar de ser uno de los estados más pobres de la India- no sólo ha conseguido tasas de mortalidad más bajas de menores de cinco años y mayor esperanza de vida que otros estados de la India, sino que también ha conseguido la tasa de fecundidad más baja del país.³¹⁷ (En 1986 Kerala tuvo una tasa de 22 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil, comparado con los 32 de la India en su conjunto y los 43 de promedio para 37 países de «bajos ingresos»). Véase gráfico 3-19.)³¹⁸ El científico especialista en población John Ratcliffe concluye que:

«La experiencia de Kerala [...] apoya con claridad la perspectiva teórica de que los

bajos niveles de fecundidad resultan de políticas públicas que aumentan eficazmente los niveles de justicia social e igualdad económica en toda la sociedad.»³¹⁹

Cuba también proporciona un excelente ejemplo de cómo el aumento de la igualdad coincide con la caída de las tasas de natalidad. Durante la dictadura de Batista, cuando el desnivel entre ricos y pobres era enorme y la gente tenía pocas garantías sociales, Cuba, como otros países de Latinoamérica, tenía una elevada tasa de fecundidad. Como tratamos en la página 122, tras el derrocamiento de Batista, el gobierno revolucionario introdujo uno de los sistemas más equitativos del mundo en cuanto a cobertura de las necesidades físicas básicas de todos sus ciudadanos (aunque no siempre en cuanto a derechos políticos). Las garantías sociales incluyeron: atención de salud y educación universales y de alta calidad, oportunidades de empleo universales, vivienda y saneamiento apropiados para todos, cuidados completos para los ancianos, igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres, etc. Aunque la «Nueva Cuba» hizo disponibles una gran variedad de métodos anticonceptivos, durante años no hubo políticas para promover la planificación familiar. Aún así, durante la primera década de la Revolución la tasa de natalidad descendió drásticamente -mucho más que en aquellos países de Latinoamérica con fuertes campañas de planificación familiar pero pocas garantías sociales para su multitud empobrecida.³²¹ Hoy Cuba, con un PNB per cápita de sólo 3 dólares por día, no sólo tiene el mejor nivel de salud del mundo en vías de desarrollo, sino que también tiene la tasa de natalidad más baja.³²² Es significativo que Cuba tenga ahora una tasa de fecundidad más baja que EE.UU.³²³



Los factores socioeconómicos, y no el control de la natalidad, como el determinante principal de las tasas de natalidad

Muchas organizaciones no gubernamentales (ONGs) y movimientos populares interpretan el actual interés internacional en la población como un intento de la elite privilegiada por prevenir el desastre mundial sin alterar el orden establecido. Se quejan de que achacar a la superpoblación la causa del subdesarrollo es una estrategia que culpa al pobre y al hambriento del crecimiento de la pobreza, del hambre y del daño al medio ambiente, en lugar de culpar a aquellos que consumen mucho más de lo que les corresponde.

Sin duda, los países e individuos ricos abusan de los recursos y del medio ambiente mucho más que los pobres. Una persona media de EE.UU o Europa consume unas 50 veces más energía y otros recursos, y crea unas 50 veces más basura y residuos tóxicos, de lo que lo hace una persona pobre del Sur.

Grupos de mujeres progresistas -especialmente del Tercer Mundo- ven la cuestión básica como un tema de *Derechos sobre la Reproducción*. Según este punto de vista no es el crecimiento de la población, sino más bien las injustas políticas económicas mundiales, la causa fundamental de las crisis humanas y medioambientales de nuestro planeta. Todas las mujeres deberían tener control sobre su fertilidad. Así, debería estar disponible para todos un amplio surtido de métodos de control de la natalidad. Pero el control de la natalidad debería ser una decisión libre de cada pareja o individuo, nunca una obligación.³²⁴

John Ratcliffe ha llevado a cabo algunos interesantes macroestudios sobre tendencias de población, comparando fluctuaciones en las tasas de crecimiento de diferentes países en diferentes momentos y bajo sistemas socioeconómicos y políticos distintos. Sus estudios confirman que las tasas de fecundidad están determinadas mucho más por factores sociales que por la presencia o relativa intensidad de las iniciativas de planificación familiar.³²⁵

Los que están sinceramente preocupados por el crecimiento de la población (a diferencia de

aquellos que hablan sin parar sobre «población» para evitar hacer frente a la injusticia social como causa fundamental de nuestra crisis mundial) deben tomar en cuenta las observaciones anteriores muy seriamente. Lo que implican es lo siguiente: El crecimiento de la población no puede ser reducido sustancialmente sólo mediante programas de planificación familiar. El único modo de conseguir una reducción sustancial y sostenible de las tasas de fecundidad es mediante un cambio social de gran alcance. Tal cambio implica sistemas más justos, con políticas que garanticen la satisfacción de las necesidades básicas de todas las personas. Sólo bajo condiciones de justicia social puede la mayoría de la gente permitirse tener menos niños -y experimentar sus ventajas.

El SIDA en el Tercer Mundo: una enfermedad de la pobreza y de la injusticia estructural

Los que tienen mayor riesgo son aquellos cuyos derechos son menos tenidos en cuenta y cuya dignidad es menos protegida -desde los negros de Estados Unidos a los árabes de Francia o los coreanos de Japón.

-Jonathan M. Mann, primer director del programa de SIDA de la OMS

[Mann] está hablando de cuestiones políticas. Yo me ocupo de las cuestiones científicas.

-William E. Paul, director de investigación sobre el SIDA,
Instituto Nacional de la Salud de EE.UU.

-Ambas citas: *The Boston Globe*,
10 de agosto de 1994³²⁶

Cualquier discusión acerca del impacto de las estructuras económicas y políticas sobre el bienestar de los niños (o sobre el problema de la diarrea infantil en los años 90) estaría incompleta sin tener en cuenta el creciente problema del SIDA. El 9 de agosto de 1994, en la Décima Conferencia Internacional sobre el SIDA, Jonathan M. Mann, primer director del programa de SIDA de la OMS, declaró que: «Ahora es evidente que [la actual estrategia mundial sobre el SIDA es] manifiestamente insuficiente para poner la pandemia bajo control.» Según Mann: «Profundos problemas sociales -centrados en la desigualdad sexual, las barreras culturales para hablar abiertamente de sexualidad y la injusticia económica- subyacen en el tráfico de sexo y drogas a través de los cuales se transmite muchas veces el SIDA.» Al afirmar que deberían afrontarse estos problemas sociales de fondo para contener la enfermedad, Mann admitió que estaba pidiendo un esfuerzo para «transformar la sociedad para hacer frente al SIDA».³²⁷

Un estudio de África ha concluido que la recesión mundial y los programas de ajuste estructural (PAEs) «agravan aún más la transmisión, propagación y [incapacidad para el] control de la infección en África de dos importantes maneras: directamente por el aumento de la población de riesgo a través del incremento de la migración urbana, la pobreza y la impotencia y prostitución de las mujeres e, indirectamente, por la reducción en el suministro de atención de salud.»³²⁸ El SIDA ha golpeado en ciertos países del Tercer Mundo de forma particularmente dura, especialmente en zonas donde la pobreza y disparidad de ingresos son extremas. En el África sub-sahariana se estima que 1 de cada 40 adultos está infectado por el VIH, y en algunas ciudades la tasa es de 1 de cada 3.³²⁹ En algunos países africanos, como Zambia, se piensa que hasta un 10% de la población es VIH-positiva, incluyendo un 20-25% de las mujeres Zambianas entre 15 y 49 años de edad.³³⁰ En Zimbabue uno de cada cuatro adultos está infectado.³³¹ Con su actual tasa de crecimiento, se espera

que el SIDA haga bajar la esperanza de vida unos 25 años en algunos países africanos.³³² En Uganda, por ejemplo, la esperanza de vida ha bajado ya de 52 a 42 años a causa del SIDA. (Igualmente, en Tailandia se pronostica que la esperanza de vida baje desde 69 años en 1994 a 40 años hacia el 2010.³³³) Las proyecciones indican que el SIDA matará entre 1,5 y 2,9 millones de mujeres africanas en edad fértil en el año 2000,³³⁴ dejando a más de 5 millones de niños africanos sin madre.³³⁵

El SIDA está causando un número especialmente cuantioso de víctimas entre los niños de África. La transmisión congénita -de la madre al feto- es el segundo modo más frecuente por el cual el VIH se propaga por África, tras el contacto heterosexual. Cada vez nacen más niños con el VIH. En algunas zonas de África del 25% al 30% de las mujeres embarazadas que acuden a clínicas prenatales son seropositivas para el VIH.³³⁶ En 1991 unos 500.000 niños del África sub-sahariana tenían el virus VIH.³³⁷ Hacia el año 2000 se piensa que esta cifra alcanzará los 11 millones.³³⁸ En Zimbabue el SIDA ha sido la mayor causa de mortalidad infantil en los hospitales urbanos desde 1989.³³⁹

En grandes regiones de África el SIDA está contribuyendo al retroceso de los logros alcanzados en la supervivencia infantil. Las siguientes cifras, citadas en un artículo de Sanders y Sambo, lo exponen con claridad:

«Naciones Unidas preveía que en 1990 la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) en el África Central y Oriental habría disminuido de 158 por cada 1.000 nacidos vivos a 132 en el año 1999, sin el impacto del SIDA. La TMM5, sin embargo, está ya entre 165 y 167 en 1990 como resultado del impacto adicional del SIDA, y se pronostica que ascienda a 189 hacia el año 2000.»³⁴⁰

Si continúan las tendencias actuales, el SIDA será pronto la primera causa de muertes infantiles en muchos otros países africanos. Y aunque hemos recalado la situación de África, en 1995, por primera vez, se piensa que ha contraído el VIH más gente en Asia que en ningún otro sitio.³⁴¹ Como la diarrea en su forma más grave, el SIDA es en gran medida una enfermedad de la pobreza y de la injusticia social. (De hecho, en las comunidades donde la diarrea se lleva muchas vidas infantiles, la diarrea crónica suele ser el primer síntoma y el más prevalente del SIDA. Debido al gran desgaste que suponen las afecciones gastrointestinales crónicas, el SIDA en África es conocido como la *enfermedad que enflaquece*.)

Si observamos los «puntos calientes» del SIDA en el Tercer Mundo -África sub-sahariana, Tailandia, Brasil, Haití, Honduras- nos damos cuenta de que tienden a ser lugares donde la brecha entre ricos y pobres es mayor, donde los derechos de las mujeres y los niños son violados de manera más flagrante, donde las condiciones sociales están más deterioradas y donde los salarios mínimos han caído tanto que las personas necesitadas se ven obligadas a ganarse la vida de maneras que, de otro modo, nunca elegirían.

La emigración de trabajadores a causa de la pobreza y la propagación del SIDA


Algunos observadores atribuyen la rápida propagación del VIH en África, al menos en parte, a los PAEs [Programas de Ajuste Estructural], que incrementaron la emigración y el crecimiento de las ciudades, llevaron a más gente a la pobreza, forzaron a las mujeres a la prostitución mientras que, a la vez, privaban a los Ministerios de Salud del dinero necesario para proporcionar atención de salud y prevención.

En aquellas partes de África con mayor incidencia de infección por VIH, su rápida propagación está vinculada a la elevada emigración de mano de obra a causa de la pobreza. Este patrón de migración de trabajadores deriva de un sistema de clases polarizado que se remonta a los tiempos coloniales. Pero durante la última década la deuda exterior, la recesión y los PAEs han hecho la situación de los pobres aún más extrema. Estos factores han reducido los salarios reales, recortado los servicios públicos para los pobres y exigido a los campesinos aumentar la producción de cultivos para la exportación a precios cada vez más bajos. Estas condiciones desesperadas han forzado a un gran número de campesinos arruinados (especialmente hombres) a emigrar periódicamente a lejanas ciudades mineras, donde los que tienen la suerte de encontrar trabajo son metidos en precarios dormitorios y pagados con salarios de hambre a cambio de un trabajo ingrato y agotador.

Gráfico 3-23. Proporción de la población viviendo en áreas urbanas, por regiones, en 1970, 1990 y proyecciones para el año 2025. [343](#)

Región	1970	1990	2025
África	23%	32%	54%
Asia	20%	29%	54%
Latinoamérica	57%	72%	84%
Europa	67%	73%	85%
Norteamérica	74%	75%	85%
Mundo	37%	43%	61%


YO VENDO MIS HABILIDADES PERSUASIVAS Y PROTEJO A LAS EMPRESAS




YO VENDO EL PODER DE MI CEREBRO Y DESARROLLO EMPRESAS



YO VENDO MI FUERZA Y DEFIENDO A LAS EMPRESAS



YO VENDO MI APARIENCIA Y ANUNCIO EMPRESAS



YO VENDO MI TRABAJO Y PRODUZCO GANANCIAS A LAS EMPRESAS



IPUTA FUERA DE ESTE BARRIO!



YO VENDO MI CUERPO Y SOSTENGO A MI FAMILIA

Al haber dejado a sus esposas y novias atrás en los pueblos, estos trabajadores ambulantes buscan otro desahogo sexual, a menudo con prostitutas (muchas de las cuales vienen de situaciones igualmente míseras y sólo tienen sus cuerpos para vender). Cuando estos hombres regresan de vez en cuando con sus mujeres y familias a los pueblos, llevan con ellos sus ETS y su VIH. El resultado es una desenfrenada propagación de estas enfermedades.

En América Latina, como en África, la extrema desigualdad también parece contribuir a la proliferación del VIH y el SIDA. Los tres países con mayor incidencia de infección por VIH -Brasil, México y, más recientemente, Honduras- también tienen una brecha cada vez mayor entre ricos y pobres, una proliferación vertiginosa de las colonias ilegales, salarios desesperadamente bajos y altas tasas de desempleo, crimen, niños en las calles y prostitución. Un número creciente de trabajadores sexuales son niños desamparados -tanto varones como mujeres-, algunos de ellos tan jóvenes como de 8 ó 10 años.

En Honduras -como en Filipinas y otros sitios- ha habido un incremento de la infección por VIH en las áreas circundantes a las bases militares extranjeras (de EE.UU.), por razones evidentes. (Igualmente se ha informado de que la infección por VIH ha aumentado donde han estado emplazadas las fuerzas de paz de la ONU en Camboya y en otros sitios.) Donde quiera que haya personas con mucho dinero y otras en la miseria, el VIH y el SIDA parecen florecer. El turismo sexual en Tailandia es un

claro ejemplo.

Hasta la reciente quiebra del peso, México había sido alabado por su modesto crecimiento económico de los últimos años como uno de los pocos casos de éxito del ajuste estructural. Pero, desde principios de los años 80, el desempleo se ha elevado y el poder adquisitivo de los salarios ha caído más de un 50%. Como en muchos países sujetos a la liberalización y reestructuración económica, la rápida propagación del VIH en México puede vincularse a una alta tasa de migración de mano de obra que periódicamente separa a los hombres de sus esposas (véase p. 159). El Tratado de Libre Comercio Norteamericano (NAFTA) ha empeorado la ya pésima situación del desempleo, forzando a millones de braceros o «espaldas mojadas» a cruzar ilegalmente la frontera de EE.UU. en busca de trabajo y salarios decentes. Allí contraen el VIH y otras ETS y, más tarde, las llevan en su regreso a casa a sus mujeres y novias. De esta forma, es probable que el SIDA alcance proporciones endémicas en México, como ya lo ha hecho en zonas de África y en otros sitios donde las duras injusticias provocan una emigración masiva de campesinos a las minas y campos de trabajo de las ciudades.

¿Qué se puede hacer para detener la propagación del VIH/SIDA?

En las perniciosas condiciones sociales bajo las que el VIH se está propagando más rápido, educar a los individuos de alto riesgo para que usen preservativos podría ser mejor que nada. Pero no es suficiente. Sólo corrigiendo las injustas estructuras sociales que permiten a los ricos explotar a los necesitados, que fuerzan largas separaciones entre maridos y mujeres, y que crean tal desesperación que la gente se olvida de cualquier precaución, puede ser contenida la rápida propagación del VIH. Para llegar hasta la causa fundamental de la epidemia del VIH/SIDA en el Tercer Mundo se necesitaría, para empezar, la cancelación de la deuda externa y el cambio de las políticas de ajuste estructural que incrementan la pobreza. En las zonas rurales sería necesaria una promoción de la producción de alimentos locales para consumo interior en lugar de para exportar, y subvenciones públicas para ayudar a los campesinos pobres a permanecer en sus tierras con sus familias. Las zonas urbanas requerirían salarios más justos, viviendas de bajo coste para las familias y fortalecimiento de los sindicatos independientes para que los trabajadores pudieran exigir sus derechos, y un gobierno y empresarios responsables. Y también requeriría la liberación y una mayor igualdad de la mujer. A largo plazo, la justicia social hará más por retrasar la propagación del VIH que los intentos actuales de promover el sexo seguro. Ambos son necesarios. Desgraciadamente, sin embargo, los tecnócratas y planificadores de la salud han intentado una vez más resolver lo que es fundamentalmente un problema social a través de medidas tecnológicas.

*Reconsideración de las Políticas de Población: Salud, Concienciación y Derechos.

CONCLUSIÓN A LA PARTE 3

En esta tercera parte hemos visto que los niveles de salud están más determinados por factores sociales, políticos y económicos que por los avances médicos o medidas tecnológicas. En el Norte las mejoras en la salud llegaron sólo después de que los trabajadores empezaran a organizarse y a exigir sus derechos. Más recientemente, en el Sur, se ha hecho evidente que las intervenciones tecnológicas seleccionadas -como son los sobres de SRO para combatir la deshidratación, los preservativos para prevenir el SIDA o los anticonceptivos para combatir la superpoblación- en el mejor de los casos conseguirán unos resultados muy limitados... a menos que entren a formar parte de un planteamiento integral, equitativo y liberador.

Hemos visto varios ejemplos de países que se han acercado a la *buena salud a bajo coste* siguiendo un tipo de desarrollo que antepone las necesidades básicas de toda la población a la estrechez de miras de la búsqueda del crecimiento económico para unos pocos. Pero, tan prometedores como son, los caminos del desarrollo orientados a la igualdad -incluso en países tan grandes e independientes como China- se han mostrado difíciles de mantener en un ambiente internacional que, cada vez más, coloca las pretensiones del mercado mundial (i.e. la acumulación sin control de riqueza por los que ya son ricos) antes que las necesidades de toda la población.

Hay, sin embargo, muchos ejemplos de personas trabajando unidas para satisfacer sus necesidades locales a corto plazo, dentro de un contexto más amplio de construcción de una sociedad más saludable y justa. En la última parte de este libro veremos algunos de estos caminos alternativos, sus puntos fuertes y débiles y cómo podemos aprender de ellos para avanzar en estos tiempos difíciles.

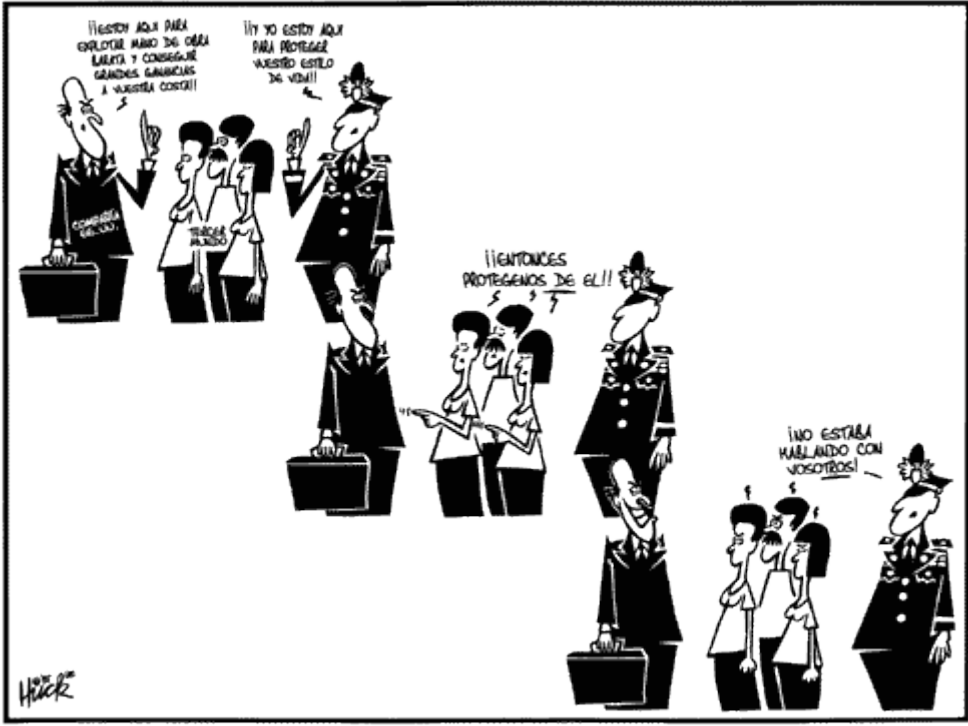
INTRODUCCIÓN A LA PARTE 4

Al defender la Atención Primaria de Salud, la Declaración de Alma Ata afirma que la salud está determinada principalmente por factores que van más allá de los servicios médicos o de salud pública. En los cinco ejemplos de países que han logrado *buena salud a bajo coste* -Sri Lanka, Kerala, China, Costa Rica y Cuba- podemos ver que un factor clave para las mejoras en la salud es un fuerte compromiso político para cubrir las necesidades básicas de toda la gente por igual. Sin embargo, Alma Ata advierte de que poderosos grupos de interés, dentro y fuera del sector de salud, pretenden dirigir las iniciativas de salud y desarrollo en dirección contraria a los intereses de los demás, sobre todo de los grupos más pobres y vulnerables. La Declaración hace un llamamiento a la participación comunitaria activa como forma de asegurar que tanto el diseño como la ejecución de la Atención Primaria de Salud se correspondan con las preocupaciones y habilidades de aquellos a quienes se destina. No debería reducirse a una participación débil y sumisa (como en muchos programas hechos desde arriba), sino que se busca una participación en el control y el liderazgo, involucrando a los miembros de la comunidad en el análisis de sus necesidades y en la planificación, evaluación y modificación de las intervenciones de salud según las demandas populares. En resumen, la Atención Primaria de Salud debería ser un proceso liberador. Por desgracia, hay muy pocos ejemplos de iniciativas de salud que hayan trasladado estos ideales de Alma Ata a actuaciones eficaces y sostenibles; y la mayoría de los que lo han intentado se han encontrado con grandes obstáculos.

La parte final de este libro comienza, en el Capítulo 16, analizando el proceso de construcción de la confianza, el análisis crítico y la capacitación (y concienciación) necesarios para que la gente luche por sus derechos y tome parte activa en aquellas decisiones que afectan a su salud y a sus vidas.

Los Capítulos del 17 al 20 tratan de cuatro diferentes iniciativas comunitarias de salud que, de distintas formas, han sido introducidas de manera capacitadora o liberadora. Esto abarca desde una pequeña iniciativa no gubernamental -como el Proyecto Piaxtla de México- a una movilización nacional masiva por la salud, como parte de la interminable lucha de Nicaragua por su liberación. Aunque uno de estos cuatro ejemplos -el programa comunitario de rehidratación oral de Mozambique- podría considerarse de perspectiva limitada o *selectivo*, veremos que, en realidad, incluía factores relacionados con la salud más allá del sector de la salud. Se intentó hacer la educación escolar más importante en la vida diaria de los niños ayudándolos a aprender a satisfacer las necesidades de salud de sus hogares y comunidades. La *epidemiología participativa* ayudó a que los niños desarrollaran el pensamiento crítico y comprendieran la necesidad de un cambio que promueva la salud. Asimismo, el ejemplo de Zimbabue, aún siendo en esencia un programa de alimentación suplementaria patrocinado por el gobierno, ayuda a unir a las familias pobres, y a definir un espectro de problemas relacionados con la salud y llevar a cabo acciones cooperativas para solucionarlos.

Las cuatro iniciativas señaladas trataron de llevar a la práctica los principios democráticos y participativos propuestos por Alma Ata, pero se encontraron tarde o temprano con obstáculos creados por la estructura de poder existente, no sólo local o nacional, sino también a escala internacional. Hoy día, las políticas de salud y desarrollo son dictadas en gran parte por fuerzas globales. Cada vez es más difícil para las comunidades y países desfavorecidos seguir alternativas liberadoras y democráticas, igualitarias y, de este modo, sostenibles. Ante estos obstáculos globalizados contra la salud, el capítulo final de este libro ahonda en la creciente necesidad de soluciones orientadas a la comunidad coordinadas a escala mundial, si queremos hacer de la promesa de Alma Ata -*Salud para Todos*- una posibilidad real.



Atención de Salud, Concienciación y Cambio Social

- [Equidad, participación y empowerment](#)
- [Soluciones que liberan a los pobres](#)
- [El manejo de la diarrea como proceso liberador](#)
- [El proceso de concienciación y liberación](#)
- [El método de Paulo Freire aplicado a la salud](#)

Como ha sido remarcado a lo largo de este libro, las mejoras trascendentales en la salud dependen más de factores sociales, económicos y políticos que de descubrimientos médicos o intervenciones de salud por sí solos. Los países con las mejoras más notables y duraderas en la salud tienden a ser aquellos cuyo compromiso con la equidad es amplio e interdisciplinar. Se ha argumentado que las mejoras sanitarias de los países pobres que han seguido este modelo de desarrollo equitativo pocas veces se han mostrado sostenibles. Pero es importante reconocer que las razones de ello han sido fundamentalmente externas. Una vez tras otra, han sido atacados o desestabilizados por naciones poderosas y menos igualitarias cuyos gobernantes temen que estos intentos que se centran en el pueblo puedan ser contagiosos.

Ha habido, por supuesto, razones internas para las dificultades en la sostenibilidad de un modelo de desarrollo basado en las necesidades del pueblo. En algunos países, tras liberarse de regímenes injustos, ha habido una nueva concentración del poder y una pérdida del apoyo popular. El compromiso con la igualdad también se ha desgastado, haciendo difíciles de mantener los progresos en la salud. (En el Capítulo 21 mostramos cómo los progresos en la salud conseguidos tras procesos de independencia están en regresión debido a esa concentración del poder y la riqueza.)

El actual estancamiento e incluso regresión de los niveles de vida y de salud en un creciente número de países demuestra que el modelo de desarrollo convencional, cada vez más globalizado, es en muchos sentidos contraproducente: enriquece a los ricos y empobrece a los pobres. La búsqueda del *crecimiento sin igualdad* (paradigma neoliberal del desarrollo) se ha convertido en el mayor obstáculo de la «salud para todos». Incluso el Banco Mundial admite ahora que la reducción de la pobreza es una condición necesaria para una sociedad saludable, y pide medidas eficientes para cubrir las necesidades básicas de toda la población. Aun así, los proyectos reformados del Banco todavía promueven un crecimiento económico que beneficia a los ricos y políticas de ajuste que perjudican aún más a los pobres. Es evidente que se necesitan alternativas.

Equidad, participación y empowerment*

Para lograr la igualdad necesaria para una sociedad saludable, un requisito clave puede ser que el pueblo exija con energía y organización la responsabilidad de su gobierno. La petición de la Declaración de Alma Ata de una participación comunitaria decidida fue un reconocimiento tácito de dicha estrategia. (Por eso las elites gobernantes del Norte y el Sur intentaron quitar trascendencia a

la Declaración, como mostramos en la Parte 1.)

Para conseguir y mantener la voluntad política de satisfacer las necesidades básicas de la gente, es esencial un proceso de democracia participativa -o al menos un movimiento popular bien informado-. Y, debido a que la oposición al desarrollo social orientado a la equidad se ha hecho tan persuasiva, se necesita con urgencia un esfuerzo mundial coordinado.

Reconocer la importancia de esta participación popular es clave para el éxito de las iniciativas de atención de salud. Los impresionantes logros de las campañas intensivas de salud pública de China en los años 50,¹ así como las campañas nicaragüenses de vacunación masiva de los 80, ilustran este principio (véase Capítulo 20). Incluso en el ámbito provincial o municipal, los beneficios de la movilización popular para la salud son excelentes. El estado de Kerala en la India y el distrito de San Ramón en Costa Rica son buenos ejemplos. Esta última iniciativa contó con una elevada participación popular en el suministro de servicios y en la planificación. Guiado no por profesionales de la salud, sino por asambleas comunitarias concurridas, el distrito de San Ramón ha conseguido las mejores estadísticas de salud y mortalidad infantil de toda América Latina, con la excepción de Cuba.²

En países donde el clima político no favorece esta participación popular ni el desarrollo equitativo (i.e. la mayor parte de los países), ¿qué planteamientos se pueden tomar para solucionar las necesidades de salud de los grupos más desfavorecidos? ¿Deberían los activistas de la salud trabajar dentro del sistema, fuera de él o en ambos? ¿Es posible para la promoción comunitaria de la salud convertirse en un espacio donde cultivar la conciencia política y la organización necesarias para introducir un planteamiento a la salud y al desarrollo más orientado a la equidad?

Dos ejemplos que citamos en próximos capítulos (México y Nicaragua) indican que las iniciativas comunitarias de salud pueden ser un punto de partida para la búsqueda organizada de una sociedad más justa y saludable -aunque las limitaciones y las dificultades pueden ser grandes-. Trabajando tanto bajo un régimen represivo como bajo uno progresista, los activistas sanitarios pueden posibilitar una concepción integral y liberadora que ayude a la gente a afrontar sus enfermedades más comunes a la vez que empiezan a enfrentarse con las causas subyacentes de esos problemas. Ejemplos extraídos de diferentes situaciones muestran que *los promotores de salud pueden funcionar dentro de un orden social injusto mientras trabajan para transformarlo*.

Soluciones que liberan a los pobres

Los programas de salud que se limitan a intervenciones tecnológicas son, en el mejor de los casos, de impacto limitado. Perpetúan el mito equivocado de que los problemas de salud cuya raíz está en la pobreza y la desigualdad pueden ser solucionados simplemente con cuidados médicos, dejando las desigualdades como están. Como hemos visto, la estrategia del UNICEF y la OMS para promocionar la terapia de rehidratación oral (TRO) es, a lo sumo, un parche provisional. Por muy bien diseñado y financiado que esté el programa, es poco probable que haga disminuir adecuadamente la mortalidad infantil por diarrea, por dos razones. Primero, tal y como se hacen habitualmente, las campañas de TRO buscan simplemente combatir la deshidratación en lugar de las condiciones socioeconómicas que hacen letal la diarrea. En segundo lugar, el énfasis en los sobres de SRO genera dependencia, añade costes que influyen negativamente sobre la nutrición y medicaliza lo que podría ser una solución sencilla. La reciente promoción del tratamiento casero de la diarrea mediante «líquidos y alimentos en abundancia» por parte del UNICEF y la OMS es un paso en la dirección correcta.

Un planteamiento más liberador consiste en ayudar a la gente a comprender mejor los problemas de salud y a desarrollar habilidades para resolverlos. Esto puede contribuir a acabar tanto con el monopolio del que disfrutaban los expertos como con la dependencia de productos comerciales innecesarios. La promoción de tecnologías de salud apropiadas puede contribuir a reducir la adopción indiscriminada de tecnologías sofisticadas extravagantes y embaucadoras.

Como tratamos en la Parte 2, deben incorporarse tecnologías apropiadas para uso casero *en todos los niveles* del sistema de salud, de manera que la gente deje de considerarlas como de segunda elección. En la TRO esto significa promover el uso de bebidas caseras no sólo en los hogares, sino también en los centros de salud e incluso en los hospitales, como se hizo en Zimbabue. Desgraciadamente, el UNICEF y la OMS recomiendan que los puestos de salud y las clínicas utilicen los sobres, dejando las bebidas caseras como medida de urgencia sólo hasta conseguir SRO «real».

El manejo de la diarrea como proceso liberador

Para que las intervenciones en la salud tengan un impacto significativo y duradero, deben superar el enfoque meramente curativo por otro más preventivo y facilitador. No sólo debemos trabajar para desmistificar y democratizar los servicios de salud, sino para ayudar a las comunidades a identificar y afrontar las causas raíz de sus problemas de salud.

Como vimos en el Capítulo 1, el problema de la diarrea infantil ofrece un ejemplo de una cadena de causas que lleva a la muerte de un niño. Podemos analizar los sucesivos niveles de factores causales. Cuanto más profundizamos (o más retrocedemos en la cadena) para combatir el problema, más probable es que nuestros esfuerzos sean efectivos y duraderos. Consideremos el siguiente ejemplo, adaptado de un artículo de David Werner llamado *Health Care and Human Dignity* (Atención de Salud y Dignidad Humana):

Cada año millones de niños empobrecidos mueren de diarrea. Tendemos a aceptar que la mayoría de esas muertes se podrían prevenir, pero, aun así, la diarrea permanece todavía como una de las mayores causas de mortalidad infantil. ¿Significa esto que nuestras así llamadas medidas preventivas son sólo paliativas? ¿Contra qué eslabón de la cadena de causas que hace de la mortalidad por diarrea un problema mundial [...] vamos a luchar para combatir mejor las causas subyacentes? ¿Lo haremos:

- previniendo algunas muertes mediante el tratamiento de la diarrea?
- intentando romper el ciclo infeccioso mediante la construcción de letrinas y sistemas de agua potable?
- reduciendo los riesgos más elevados de la diarrea mediante una nutrición mejor?
- [o] limitando las desigualdades en la tenencia de tierras mediante una reforma agraria?

La reforma agraria se acerca más al problema fundamental. Pero el campesinado está oprimido por muchas más injusticias que las de la tenencia desigual de tierras. La estructura de poder existente provoca y perpetúa abrumadoras desigualdades en los niveles local, nacional e internacional. Incluye grupos de poder políticos, comerciales y religiosos, así como la abogacía y el estamento médico. En definitiva, incluye... a nosotros mismos...

¿Dónde debe comenzar, entonces, la prevención? Sin ninguna duda, cualquier cosa que podamos hacer por minimizar las desigualdades perpetuadas por la estructura de poder existente hará mucho más por reducir la alta mortalidad infantil que todas nuestras medidas preventivas convencionales juntas. Tal vez deberíamos continuar con nuestros rituales de construcción de letrinas, centros nutricionales y proyectos agrícolas. Pero dejemos de llamar a eso prevención; sólo tratamos los síntomas. Y, a menos que seamos extremadamente cuidadosos, puede que estemos incluso empeorando el problema subyacente por el incremento de la dependencia de la ayuda, la tecnología y el control externos.

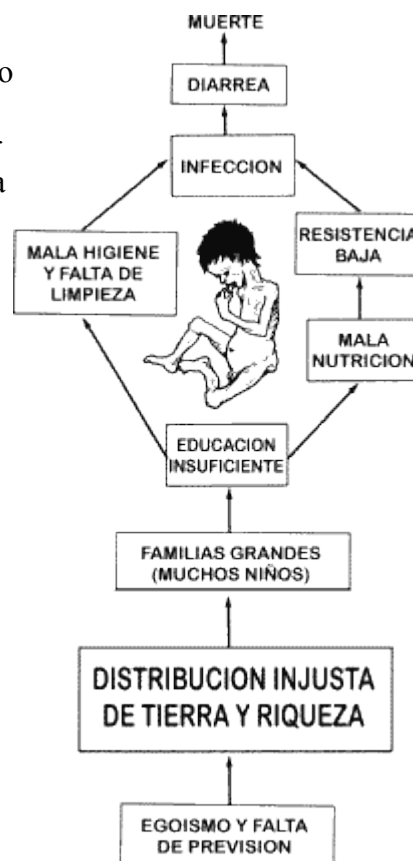


Pero no tiene por qué ser necesariamente así. Si la construcción de letrinas aúna a la gente y les ayuda a mirar hacia delante, si el centro nutricional es construido y gestionado por la comunidad y fomenta la autosuficiencia, y si la agricultura extensiva, en lugar de imponer tecnología foránea, fomenta el crecimiento interno de la gente hacia un conocimiento y un uso más eficaz de sus tierras, sus potencialidades y sus derechos [...] entonces, y sólo entonces, las letrinas, los centros nutricionales y el denominado trabajo de extensión empezarán a ocuparse de las causas reales de las enfermedades y muertes prevenibles.³

De manera que, a la hora de evaluar cualquier estrategia de salud o desarrollo, deberíamos preguntarnos constantemente:

¿Hasta qué punto la estrategia promueve la participación activa y significativa y la capacitación de aquellos que tienen peor salud (generalmente los miembros más pobres y con menos poder de la sociedad)? ¿Sirven los métodos usados para ayudar o para obstaculizar el proceso a largo plazo de corrección de las causas sociales, económicas y políticas que subyacen bajo la falta de salud?

Observando el proceso de concienciación y liberación de grupos marginados, podemos aprender algo de las estrategias y métodos que parecen funcionar. Entonces podremos intentar aplicarlos a escala local, nacional e internacional.



El proceso de concienciación y liberación

Liberación es el proceso mediante el cual personas desfavorecidas trabajan conjuntamente para tomar el control de los factores que determinan su salud y su vida. Cuando los planificadores de alto nivel dicen que sus programas o tecnologías liberarán a la gente, están usando mal la palabra. Por definición, una persona no puede concienciar o liberar a otra: la concienciación es algo que la gente hace por sí misma. Sin embargo, a veces promotores o educadores concienciados pueden ayudar a abrir caminos para que los pobres tomen conciencia por sí mismas. El poder no puede ser dado; debe ser tomado.

No existe una fórmula para la liberación. Es un proceso dinámico que puede darse de diversas maneras. No obstante, existen algunas constantes. La liberación es al mismo tiempo un proceso personal y grupal. Es parte de un proceso de construcción de confianza colectiva (concienciación). Esta es necesaria para que la gente se desprenda de los sentimientos de impotencia y resignación que resultan, al menos en parte, de la falta de las habilidades y la confianza requeridas para cambiar su condición. Con frecuencia esta confianza se forja en una lucha común -ya sea contra la opresión étnica o de género, la explotación económica, la represión política o la intervención extranjera.

El método de Paulo Freire aplicado a la salud

En la Parte 1 describimos brevemente un método para ayudar a la gente a liberarse a sí misma que el educador brasileño Paulo Freire describió como «educación para la liberación» en los años 60. El método fue diseñado originalmente para un programa de alfabetización para adultos, pero después ha sido adaptado a la salud comunitaria. Un grupo pequeño, como los residentes de un barrio de chabolas, es reunido para un intercambio dinámico centrado en sus problemas en el que cada uno aprende de los demás. En este proceso guiado de toma de conciencia o *concienciación*, el grupo se mueve desde la *discusión* de los problemas comunes, al *análisis* de las causas sociales subyacentes

de sus problemas y, finalmente, a la *acción colectiva* para eliminar dichas causas. (Ello conlleva generalmente estrategias para enfrentarse con la estructura de poder local, nacional y/o internacional.) Después de una pausa para la *reflexión*, la secuencia se repite.

A medida que aumenta la experiencia y la confianza del grupo, puede empezar a enfrentarse con problemas más difíciles, a profundizar en su análisis y a presionar para cambios más trascendentes. Pero el grupo debe darse cuenta de las implicaciones de este proceso. Debe entender que, según avancen en la búsqueda de cambios más importantes, también aumentará el riesgo de represalias. La conclusión lógica del proceso de liberación puede ser un intento por parte de los desfavorecidos de redistribuir la riqueza, la tierra y otros recursos, los derechos o el poder de manera que todos tengan una porción más justa. Es probable que el siguiente paso lleve al grupo al enfrentamiento con las clases privilegiadas y sus guardianes, lo cual puede exponer a sus miembros al peligro. Los facilitadores tienen la obligación de asegurarse de que todos los participantes comprendan los posibles peligros que conlleva el proceso. El grupo debe valorar los beneficios frente a los riesgos y formular estrategias que maximicen los primeros y minimicen los segundos.

Los grupos o movimientos que trabajan por el cambio social deben estar preparados para una reacción represiva en tres niveles sucesivos: local, nacional e internacional. En el nivel local, la primera línea de defensa puede consistir en pistoleros a sueldo o la policía. Si éstos no son capaces de parar el movimiento por el cambio, puede entrar en acción el ejército o grupos paramilitares. O puede que intervengan naciones más poderosas cuyas elites tengan intereses políticos o económicos en el país en cuestión para preservar el orden desigual establecido.

En la lucha por el cambio orientado a la equidad es crucial la movilización colectiva. Para evitar ser aplastados por la minoría gobernante, los grupos marginales necesitan unirse para formar grandes coaliciones y reclutar el máximo de activistas posible. Si se moviliza una parte sustancial de la comunidad, las fuerzas dominantes vacilarán más a la hora de reprimir el movimiento.

Paulo Freire: Educador, Autor, Revolucionario

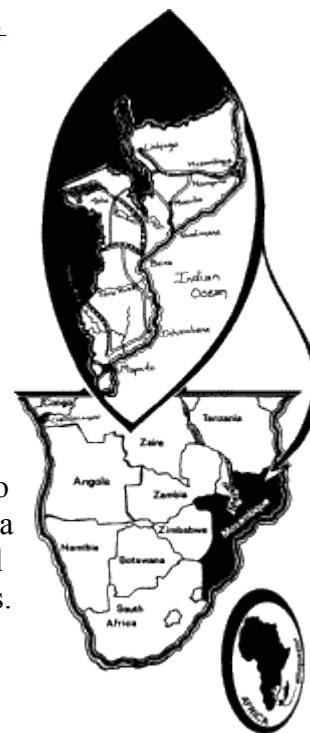
Paulo Freire (1921-1997), el controvertido educador brasileño y autor de *Pedagogía del Oprimido*, diseñó un modelo para alfabetización de adultos basado en ayudar a los pobres a aprender a leer y escribir haciendo que ellos mismos analizaran sus problemas cotidianos, asumiendo después acciones personales y colectivas para «transformar su mundo». La concepción de Freire tuvo tanto éxito respecto a que la gente tomara conciencia de sus derechos que hubo de exiliarse tras el golpe militar de 1964.

Freire distinguía dos concepciones de la educación: la concepción «bancaria» y la concepción «problematizadora». Según la concepción bancaria, el educador, que es el que sabe, llena a los estudiantes ignorantes con un cupo de información, como si fueran vasijas vacías. Freire calificaba esta forma de educar de «instrumento de opresión». Permite a los gobernantes modelar las ideas y actitudes de la mayoría pobre, de manera que nada cambie. En la concepción «problematizadora» o «concienciadora», por el contrario, el educador trata a los estudiantes como sus iguales. Les ayuda a valorar y analizar su propia experiencia y a crear sus propios planes de acción para satisfacer las necesidades que ellos mismos identifican y jerarquizan. Freire consideraba que esta concepción de la educación era un «instrumento de liberación».

* *Empowerment* es una palabra inglesa difícil de traducir que se refiere al proceso mediante el cual el pueblo gana poder y control sobre su propio destino. En español utilizamos los términos «concienciación» (toma de conciencia) y «liberación» (véase el Glosario).

Control de la Diarrea basado en la comunidad en Mozambique

- Compromiso con [Salud para Todos en medio de la guerra](#)
- [Problemas con el planteamiento habitual de las SRO](#)
- Buscando [el consejo de las mujeres del campo](#)



Compromiso con *Salud para Todos* en medio de la guerra

Tras la liberación del dominio colonial de los portugueses en 1975, el nuevo gobierno popular de Mozambique, liderado por el FRELIMO (Frente para la Liberación de Mozambique), comenzó el proceso de reestructuración social y económica para cubrir mejor las necesidades de toda la población del país. Tras declarar la salud un derecho básico, el Ministerio de Salud se propuso construir una red de centros y puestos de salud, y formar una legión de promotores de salud comunitarios apoyados por enfermeras, médicos y personal paramédico para proporcionar una atención primaria de salud básica, pero completa, a toda la población. La iniciativa se centró en las áreas rurales, donde las necesidades eran mayores.

Combinada con un gran impulso a la agricultura, la nutrición y la educación, esta iniciativa integral para mejorar la salud comenzó a dar resultados. A pesar de las severas dificultades económicas y la falta de personal capacitado, la mortalidad infantil descendió y la esperanza de vida aumentó de forma impresionante. Por desgracia, esta tendencia positiva fue interrumpida por la escalada de ataques terroristas de la organización paramilitar RENAMO (Resistencia Nacional de Mozambique), financiada desde Sudáfrica. Pero, a pesar de las implacables tácticas de desestabilización de la RENAMO y los tremendos costos de combatir esa guerra brutal, los valerosos esfuerzos para ayudar a la gente a satisfacer sus necesidades de salud siguieron adelante.

Problemas con el planteamiento habitual de las SRO

En Mozambique, como en otros países empobrecidos, la diarrea ha sido una causa principal de mortalidad infantil. Poco después de su liberación, Mozambique lanzó una campaña integral e interdisciplinaria contra la enfermedad diarreica. Sus componentes incluían:

- promoción de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO);
- promoción de la *lactancia materna*, con restricciones legales a la disponibilidad de biberones y sustitutos de la leche materna;
- campañas de *vacunación* contra enfermedades infecciosas que causan diarrea y debilitan la resistencia de los niños frente a las enfermedades diarreicas (como el sarampión);
- *control del crecimiento* de los niños menores de cinco años, con asesoramiento

para los padres y, en casos críticos, *suplementos alimenticios* a niños con bajo peso;

- *educación sobre salud e higiene* a través de distintos medios de comunicación, como la radio, altavoces públicos y el periódico rural llamado *O Campo*;
- medidas para mejorar el *saneamiento* e introducir el uso de letrinas;
- mejoras en el *abastecimiento de agua*.

Aunque todas estas actividades ayudaban, se reconocía que la reducción de la incidencia y la gravedad de la diarrea es un proceso difícil a largo plazo, que depende, ante todo, de mejorar la economía y las condiciones de vida de toda la población. Dadas las dificultades económicas y logísticas, el Ministerio de Salud decidió que la mejor opción provisional para el control de la diarrea era concentrar sus esfuerzos en la terapia de rehidratación oral.

Para llevar esto a la práctica, el ministerio siguió las directrices de la OMS y el UNICEF, haciendo hincapié en la producción y el uso de los sobres de SRO. Trabajó con la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) para construir una fábrica de sobres de SRO en la ciudad de Beira. La fábrica comenzó la producción en marzo de 1983, con un objetivo de dos millones de sobres al año -una producción que, hasta donde nosotros sabemos, nunca se alcanzó.

Evaluaciones de 1985, dos años después de que la fábrica de Beira fuese abierta, mostraron que la introducción de los sobres de SRO no había reducido significativamente la mortalidad infantil por diarrea. La tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) de Mozambique en su conjunto estaba entre 252 y 375 por 1000, una de las tasas más altas del mundo.⁴ En la misma Beira, la tasa de mortalidad por diarrea en menores de cinco años permaneció muy alta; la diarrea se llevaba las vidas del 14,7 por ciento de los menores de cinco años, alrededor del 40% de todas las muertes infantiles.⁵

Un análisis posterior daba las siguientes razones para el fracaso de la estrategia inicial de TRO de Mozambique:

- terrorismo, que obstruyó la producción de sobres, destruyó carreteras y medios de transporte, e incendió puestos de salud, y asesinatos, que a menudo tuvieron como objetivo a trabajadores de la salud;
- inadecuado suministro de sobres y dificultades para abastecer las zonas periféricas;
- medicalización de la SRO -incluyendo la divulgación de la creencia de que la SRO es una medicina que detiene o disminuye la diarrea (lo cual no es cierto), o que se toma como otras medicinas antidiarreicas para los niños: 1 cucharada 4 veces al día (demasiado poco para ser eficaz);
- la práctica común, en los puestos de salud, de dar solamente un sobre por episodio de diarrea;
- educación inadecuada e inapropiada, continuando los métodos autoritarios de la enseñanza colonialista;
- insuficiente respeto por las creencias, tradiciones y remedios caseros del pueblo;
- inadecuada infraestructura de salud, especialmente en las zonas remotas.⁶



Buscando el consejo de las mujeres del campo

Tras darse cuenta de que el planteamiento habitual de la OMS/UNICEF no estaba funcionando adecuadamente en su país, el Ministerio de Salud de Mozambique decidió estudiar alternativas que pudieran responder mejor a las necesidades propias de su situación. Una mirada a los datos de mortalidad hospitalaria en diferentes partes del país revelaba que la tasa de mortalidad infantil por diarrea en la zona de Inhambane, en la costa sur, era menor que en la mayoría del resto de Mozambique. Una investigación de los registros de los centros de salud y entrevistas con madres confirmaron estas observaciones.

Un equipo del Ministerio de Salud decidió aprender de las madres de Inhambane qué estaban haciendo que pudiese explicar la tasa de mortalidad por diarrea excepcionalmente baja de la zona. El equipo se reunió con un grupo de 40 madres de un barrio pobre semirural de la ciudad. Los funcionarios de salud comenzaron la reunión informando a las mujeres de que habían llegado a ellas para pedir su ayuda. Explicaron que el programa para el control de la diarrea de Mozambique, basado en las recomendaciones de expertos extranjeros, estaba fracasando, excepto en el área de Inhambane. Las madres confirmaron que pocos de sus bebés habían muerto de diarrea: de las 40 madres que se presentaron, sólo una dijo haber perdido un niño por diarrea. Sin embargo, admitían que sus niños enfermaban de diarrea bastante a menudo.

Al principio, las madres se resistían a hablar abiertamente, y dijeron a los funcionarios lo que pensaban que ellos querían escuchar -que estaban todas utilizando sobres de SRO, como les habían enseñado-. Más tarde, cuando estuvieron seguras de poder hablar con sinceridad, admitieron que habían probado las SRO, pero ya no las habían vuelto a usar porque el centro de salud estaba lejos, y a menudo había agotado los sobres. Si el centro tenía sobres, sólo daba a la madre uno por consulta -lo justo para comenzar el tratamiento-. En cualquier caso, las SRO sabían mal; a menudo sus niños las rechazaban. Y si conseguían que el niño bebiese, ¿ni siquiera reducía la diarrea! Así que, ¿para qué molestarse?

Los funcionarios de salud continuaron con sus preguntas: si las madres de Inhambane no estaban utilizando SRO, entonces ¿qué usaban para tratar la diarrea de sus niños? Las madres dijeron que habían vuelto a sus remedios tradicionales. Estaban dando a sus niños bebidas que hacían con maíz molido, harina de arroz o ciertos tubérculos autóctonos, o elaboraban bebidas con harina de trigo cocida o tostada donada a la región para el alivio del hambre.

Los funcionarios de salud reconocieron que este exitoso método tradicional de tratamiento de la diarrea practicado por las madres de Inhambane era bastante similar a la TRO basada en cereales. Tras un largo debate, el Ministerio de Salud de Mozambique decidió probar un programa piloto con la posibilidad de revisar el programa nacional para el control de la diarrea -según la experiencia y el consejo de las mujeres campesinas.

El programa piloto de Nampula

El programa piloto basado en la comunidad y en la escuela fue iniciado a pequeña escala en el área rural de las afueras de Nampula, en el norte de Mozambique. Aunque el programa era selectivo por estar enfocado en el problema de la diarrea infantil, desde otro punto de vista era integral como pocos. En vez de estar restringido al sector de la salud, incluía una estrecha colaboración entre los ministerios de Salud y Educación. El componente educacional del programa piloto era, en algunos aspectos, revolucionario (en consonancia con los objetivos de una sociedad nueva y más igualitaria en Mozambique). Introduciendo métodos de enseñanza participativos de resolución de problemas en la escuela primaria, e implicando a profesores y alumnos en acciones prácticas relacionadas con las necesidades de la comunidad, el programa piloto hizo frente a una de las mayores barreras para el progreso social de los países del Tercer Mundo: la de un sistema educativo arcaico y autoritario.

El intento de Mozambique de transformar sus escuelas públicas era un gran desafío. En la mayoría de los países del Tercer Mundo el sistema educativo, como el sistema de salud, no ha conseguido satisfacer las necesidades más urgentes de la gente común, y por causas parecidas. Es una herencia de los tiempos coloniales, basado más en las necesidades de los colonizadores que en las de los colonizados. Para los gobernantes coloniales, la educación de los «nativos» significaba disciplina dura, buenos hábitos

de trabajo y un obediente e incuestionable respeto a la autoridad. Todo esto no ayudó a los estudiantes a aprender a pensar por ellos mismos, a desarrollar habilidades para la resolución de problemas o a analizar y organizar acciones para cubrir sus necesidades más urgentes. Desde la perspectiva colonial (o la perspectiva de cualquier gobierno elitista y no representativo), la educación -y especialmente la alfabetización- es un arma de doble filo. Por un lado, puede inculcar comportamientos uniformes y formar gente en las nuevas habilidades necesarias para una fuerza de trabajo obediente y productiva. Pero, por otro lado, puede abrir vías de comunicación y concienciación que pueden resultar peligrosas en las manos y mentes de un pueblo oprimido. No sorprende, por tanto, que el sistema educativo colonial estuviera basado en la memorización y repetición como pericos, y en la sumisión incuestionable y servil a leyes, normas, códigos, límites, horarios, restricciones, y otros métodos de control psicosocial diseñados para enseñar a los niños y a otros ciudadanos de segunda su lugar dentro de una sociedad injusta y jerarquizada. Más aún, muchas de las cuestiones de las materias enseñadas en las escuelas coloniales estaban basadas en las vidas y los tiempos de los colonizadores europeos, y eran bastante irrelevantes para las necesidades y las vidas de los campesinos pobres del Sur.

Tras la independencia, el nuevo gobierno de Mozambique intentó que el contenido y los métodos de la educación estuvieran más de acuerdo con la realidad y las necesidades de los niños, sus familias y sus comunidades. Para conseguir esto, el gobierno alentó una estrecha colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Así, en la fase inicial de planificación del proyecto piloto, se celebró una reunión entre altos funcionarios de los dos ministerios.



El objetivo era enseñar una información que tuviera una utilidad inmediata para los niños y sus familias. La idea de implicar a los niños escolares en un proyecto pionero para salvar las vidas de sus hermanos y hermanas pequeños como parte de sus estudios encajaba perfectamente con este objetivo. El programa piloto, por tanto, fue lanzado como un programa común de ambos ministerios. El entusiasmo de ambas partes y en todos los niveles -de planificadores a facilitadores, de profesores a niños- fue impresionante.

Quizá el componente más revolucionario de este proyecto piloto fue lo que podríamos llamar *epidemiología participativa*: implicar a profesores y niños en la recogida, registro y análisis de la información sanitaria de sus

comunidades, junto con la investigación del Ministerio de Salud. De esta manera, los escolares no sólo comenzaron a aprender sobre asuntos como matemáticas, fisiología humana y a tomar notas, sino que realmente contribuyeron a la investigación epidemiológica nacional. Un planteamiento así tiene el potencial no sólo de hacer que el programa nacional para control de la diarrea fuera más participativo, sino también que conociera mejor la situación real, los obstáculos y los potenciales que existen en cada zona. Abunda la retórica sobre la participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de salud nacionales e internacionales, pero realmente hay pocos ejemplos funcionando. El programa piloto de Mozambique -por muy localizado y breve que resultara- es un ejemplo.

El programa fue diseñado para funcionar como sigue. En cada pueblo había cinco grupos de actores principales del programa para el control de la diarrea: visitadoras voluntarias de hogares, profesores, alumnos, madres y promotores de salud comunitarios. Las visitadoras de hogares -la mayoría mujeres que pertenecían a la organización política local de mujeres- recibieron una formación especial en el tratamiento casero de la diarrea. (En el programa piloto de Nampula las visitadoras eran capacitadas por un grupo de «monitores» -en este caso parteras- que, para poder ejercer como «multiplicadoras», habían sido formadas en el tratamiento de la diarrea y en métodos informales de *enseñanza basada en el descubrimiento*.) Todos los profesores de escuela primaria del pueblo eran también formados por el monitor para enseñar a los alumnos cómo actuar ante una diarrea.

El profesor pedía a todos los niños que cada mañana, antes de ir a la escuela, comprobaran si alguno de sus hermanitos tenía diarrea. Entonces, antes de empezar la clase, el profesor les preguntaba si alguno de sus hermanitos o hermanitas tenía diarrea ese día. A todo niño que contestase «sí» se le pedía que fuese enseguida a ver a la visitadora voluntaria que viviera más cerca de su casa, para informarla sobre el niño con diarrea y acompañarla a la casa del niño.

Entonces, la visitadora voluntaria orientaba a la madre del niño enfermo y al niño de la escuela sobre el manejo de la diarrea en el hogar: aumentar los líquidos y las comidas, y avisar a un promotor de salud si aparecían signos de peligro. Después, ella les ayudaba a preparar una bebida casera especial -una bebida de cereales o una bebida con azúcar y sal, según pareciese más fácil y apropiado.

Al regresar el alumno a la escuela, el profesor le pedía que ayudara cada día a cuidar al niño enfermo durante todo el episodio de diarrea. Todos los días se le solicitaba al alumno que informase a la clase de la evolución del enfermo. Toda la clase discutía el problema y preguntaban cómo estaba siendo tratado el niño con diarrea. Así, cada vez que un niño de la comunidad tenía diarrea, se reforzaban las lecciones básicas sobre cuidados caseros.

El profesor, con la ayuda de sus alumnos, registraba en un gráfico proporcionado por el Ministerio de Salud todos los casos informados de niños con diarrea y cómo habían sido tratados. El profesor también anotaba qué líquidos de rehidratación habían sido utilizados, cuánto había durado la diarrea, cuantos niños habían sido derivados al centro de salud y otros datos epidemiológicos.

El funcionario de salud del distrito recogía periódicamente esos registros de los profesores y enviaba los resultados al equipo de investigación para el Control de la Enfermedad Diarreica de la capital. Allí, la información se utilizaba para evaluar el planteamiento de acción comunitaria, así como para aumentar los estudios del país sobre la diarrea. Además de este programa de tratamiento casero, cada aldea tenía una brigada comunitaria de salud, que se reunía periódicamente con el jefe del puesto de salud local para hacer revisiones, proporcionar formación adicional a las visitadoras y, donde era posible, extender el programa para incluir prevención de la diarrea (letrinas, agua potable, mejoras en la alimentación, etc.) y otros aspectos de la Atención Primaria de Salud.



La respuesta a este nuevo planteamiento del manejo de la diarrea basado en la comunidad/escuela/hogar fue muy positiva. Aunque los métodos y el enfoque eran nuevos para los

profesores, se entusiasmaron por trabajar con una actividad que acercaba más la enseñanza a las vidas y necesidades de los niños y sus familias. A través de métodos participativos y de «aprender haciendo», veían cómo empezaban a aumentar la autoestima y la capacidad de los niños para resolver problemas.

Otro aspecto innovador de este programa piloto era que introducía métodos de rehidratación oral basados en las recomendaciones de las madres mozambiqueñas, haciendo hincapié en bebidas caseras basadas en cereales y otros alimentos. Este planteamiento de educación para la salud orientado al proceso -en lugar de un planteamiento de los servicios de salud orientado al producto- no sólo era liberador, sino que en cuanto a rentabilidad y sostenibilidad a largo plazo, tenía el potencial de ser autoperpetuable. La gente suele recordar lo que aprende de manera activa.

Aunque hay costes iniciales asociados a enseñar y reforzar nuevas ideas y prácticas, éstos disminuyen con el tiempo. Por el contrario, la inversión en productos no reutilizables, como los sobres de SRO, nunca termina. A medida que un programa orientado al *producto* se expande, los costes van aumentando. A la inversa, cuando un planteamiento orientado al *proceso* evoluciona, llega un punto en el que los nuevos conocimientos alcanzan a un número crítico de personas. Al descubrir la eficacia de sus nuevos conocimientos, la gente los comparte con los demás, y los mensajes de salud toman su propio impulso y se difunden por sí mismos. Salvo para ocasionales actualizaciones, repasos y seguimientos, se necesita poca financiación nueva.

En resumen, las pruebas iniciales del programa piloto para el control de la diarrea de Mozambique se mostraron muy prometedoras. Los ministerios de Salud y Educación se implicaron desde el nivel central al local. Aunque el programa había sido iniciado por ministros del gobierno, estaba basado en los consejos de madres de los pueblos que habían tenido éxito, y ejecutado por los niños y sus profesores, quienes también tomaron parte en una investigación epidemiológica importante. Muchos participantes sintieron que este programa piloto podía extenderse (con adaptaciones locales) por todo el país. No solamente tenía la capacidad de cubrir necesidades urgentes a corto plazo de una manera muy eficaz, sino que también anticipaba la meta nacional a largo plazo de un proceso de desarrollo participativo mediante el cual el gobierno pudiera escuchar y responder mejor a las necesidades del pueblo.

Por desgracia, este planteamiento progresista de Mozambique para el control de la diarrea -a pesar del entusiasmo y éxito inicial- fue cortado de raíz. En vez de ser extendido por todo el país, tal como había sido planeado, fue suspendido después de sólo un año y medio. La cancelación del programa se debió, al parecer, a una falta de financiación y a la presión de funcionarios de la OMS, que estaban aparentemente disgustados porque el programa estaba dando preferencia a las bebidas caseras de TRO sobre los sobres de SRO, y les preocupaba que otros países del Tercer Mundo pudieran seguir el ejemplo de Mozambique en ese aspecto.⁷

Como tantas iniciativas diseñadas con y para las personas que tienen las mayores necesidades, este pequeño proyecto piloto encontró la oposición de los planificadores de alto nivel. Pero, aunque acabó antes de tiempo, el proyecto sigue siendo un ejemplo importante de cómo un programa iniciado por un gobierno puede tener un auténtico enfoque participativo que reúna intervenciones urgentes a corto plazo con metas transformadoras a largo plazo. Es excepcional que un gobierno favorezca este punto de vista. Nosotros estamos en contacto con docenas de iniciativas comunitarias de salud de todo el Tercer Mundo que, como la de Mozambique, intentan hacer frente a las necesidades más inmediatas de la gente de manera que también pongan los cimientos de un cambio social a largo plazo. Pero la mayoría de esas iniciativas progresistas y liberadoras es puesta en marcha por pequeñas organizaciones no gubernamentales. Lo que hace a este ejemplo de Mozambique digno de mención es el hecho de que era una iniciativa interdisciplinar en la cual un gobierno nacional escuchaba y trabajaba junto al pueblo. No es muy sorprendente que chocase contra la fuerte oposición de los planificadores internacionales.

Programa Nacional de Alimentación Suplementaria para Niños de Zimbabue

- [Ajuste económico](#)
- [Preparándose para la crisis](#)
- [Educación nutricional a largo plazo](#)
- [Conclusión](#)

En Zimbabue, la lucha por la salud ha sido larga y difícil, con numerosos éxitos y decepciones.⁸ El país logró independizarse del Reino Unido en 1980, tras una prolongada y amarga guerra de liberación iniciada por la mayoría negra contra la minoría blanca dominante. En Zimbabue, la injusta distribución de la tierra ha sido una causa clave de desnutrición y falta de salud. Antes de la independencia, 45 millones de acres* de las mejores tierras de cultivo fueron asignadas a unos 5000 colonos blancos y a unas pocas industrias agrarias pertenecientes a empresas multinacionales. Entre tanto, 750.000 familias de campesinos se hacían en un número similar de acres de «Tierras Cedidas a las Tribus» que eran muy inferiores en calidad de suelo y en lluvias.

Las condiciones económicas y sociales empeoraron durante la guerra de liberación, principalmente por las sanciones económicas externas, el incremento del gasto militar y el desorden social. Mientras, los problemas alimentarios crónicos, derivados de las injusticias históricas en la posesión de la tierra y la distribución de los ingresos, que existían desde hacía muchos años, empeoraron dramáticamente durante y tras la guerra debido a la destrucción de los recursos agrícolas por el antiguo régimen y al regreso de los refugiados.

Ajuste económico

Aunque los dos primeros años tras la liberación trajeron una serie de mejoras a la población, desde entonces éstas se han ido erosionando continuamente. El gobierno introdujo los salarios mínimos nacionales en julio de 1980. Los salarios reales (lo que la gente puede comprar con lo que gana), subieron significativamente hasta principios de 1982, y eran sustancialmente mayores que antes de la independencia. Pero los progresos iniciales que siguieron a la independencia fueron estropeados por una congelación de los salarios entre enero de 1982 y septiembre de 1983, y por la devaluación de 1982 y la consecuente depreciación del dólar zimbabuense.

Estas medidas se acompañaron de un paquete de «estabilización» económica impuesto por el gobierno en 1982 como parte de un plan de concesión de créditos del Fondo Monetario Internacional. (Aunque el acuerdo con el FMI se suspendió en 1991, el gobierno conservó la mayoría de sus elementos, y en 1991 se adoptó un nuevo Programa de Ajuste Estructural -PAE-, añadiendo medidas más estrictas para reducir el gasto gubernamental y «liberalizar el comercio».)

Como parte del paquete estabilizador del FMI, el gobierno eliminó las subvenciones para alimentos

básicos en 1982 y 1983, y los precios de los productos de primera necesidad subieron espectacularmente: hacia un 100% la harina de maíz, 60-95% la carne de vaca, 50% la leche, 25-30% el pan y 25% el aceite. Desde entonces, ha habido regularmente nuevos aumentos de precios, especialmente tras la introducción del PAE de 1991.

Preparándose para la crisis

Observadores de OXFAM revelaron en 1980, poco después de la independencia, que el 30% de los niños menores de 5 años tenían un peso insuficiente. Una inspección más extensa del Ministerio de Salud confirmó una alta prevalencia de desnutrición severa entre los niños, que se correlacionaba directamente con la disponibilidad de comida en las zonas donde vivían. Unos 150.000 niños estaban en situación de riesgo.

Para anticiparse a una inminente hambruna, en la estación de siembra de 1980-81 el Ministerio de Salud puso en marcha un programa de intervención en nutrición que implicó a organizaciones no gubernamentales. Este programa se centró en zonas de alto riesgo, donde se establecieron comités provinciales para hacer frente al asunto. Estos comités se componían de promotores de salud, profesores, agentes de desarrollo comunitario y asesores de mujeres. El programa tenía tres importantes objetivos: (1) ayuda inmediata a corto plazo, (2) educación nutricional a largo plazo y (3) orientación de los métodos agrícolas hacia la producción de alimentos más nutritivos.

Al abordar todos estos objetivos, se insistió en la participación de la comunidad. Este compromiso fue clave en la evolución y el sostenimiento de los programas, incluso después de que la ayuda externa y del gobierno fuera duramente recortada.



Ayuda inmediata a corto plazo

Entender la fluida relación entre el estado y las organizaciones populares es básico para comprender cómo se comprometió la población en todas las áreas del desarrollo social, incluyendo la salud. Es en situaciones en las que el viejo orden y las estructuras de poder son contestadas o han sido recientemente derribadas por el pueblo unido, cuando la Atención Primaria de Salud Integral suele tener las mejores oportunidades de éxito. Este fue el caso de Zimbabue en 1980, como lo fue la China revolucionaria, Cuba y la Nicaragua Sandinista (que trataremos en el capítulo 20). Es con tales condiciones cuando la participación popular en la toma de decisiones y la autoestima colectiva -más que la individual- crecen y prosperan.²

En Zimbabue, esta situación era más evidente en las áreas comunales semiliberadas, donde el ZANU, el partido líder del movimiento de liberación nacional, había estado activo durante mucho tiempo. En estas zonas el partido había creado organizaciones populares, inicialmente para apoyar el intento de liberación, pero más tarde estructuradas para llevar a cabo tareas sociales y económicas esenciales como alternativa a la rudimentaria administración regional de Rhodesia^{**}. Los comités populares se ocuparon del problema cotidiano de alimentar y vestir a las guerrillas del ZANU y de suministrar servicios básicos a la comunidad. Los asuntos que suponían grandes desembolsos se transferían a comités de nivel más alto.

La infraestructura administrativa basada en la comunidad que se había desarrollado durante la guerra permitió una puesta en marcha más rápida y mejor organizada del programa de nutrición, que de otra manera no hubiera sido posible. Las madres evaluaban el estado nutricional de los niños midiendo y registrando las



circunferencias de sus brazos. Aquellos cuya circunferencia media fuera menor de 13 cm. eran incluidos en el programa. Se explicaban las razones de este punto de corte a todos los padres, tanto a los de los niños admitidos en el programa como a los de los que no se consideraban de riesgo. Entonces se establecieron puestos para preparar las comidas suplementarias (que las madres preferían que se situasen cerca de sus casas y campos), y ellas mismas cocinaban la comida y alimentaban a los niños desnutridos.

Para entender el fundamento por el que se eligieron los alimentos para el programa de nutrición, es importante comprender que la causa principal de desnutrición es *la deficiencia energética*, no la falta de proteínas. Esto es así porque los niños se alimentan típicamente de un atole aguado con una base de cereales sin refinar o raíces. Sus estómagos se llenan antes de conseguir suficientes calorías para cubrir sus necesidades. Normalmente, esas dietas poseen una energía bruta de 1 kcal/g (4.2 kJ/g). Esto significa que un niño de 1 año tendría que comer 1 kg. de comida cada día simplemente para cubrir sus necesidades energéticas, que es entre dos y tres veces la cantidad que debe comer un niño inglés de su misma edad. Estos alimentos voluminosos de baja energía, cuando se dan en comidas infrecuentes, resultan en una ingesta insuficiente de energía por parte de los niños. Esto conduce a una deficiencia secundaria de proteínas, pues el niño quema sus proteínas ante la falta de otras fuentes de energía adecuadas.

Teniendo esto en cuenta, el programa hizo hincapié en suplementos preparados con alimentos locales energéticos y de uso común. Se ofrecía una comida diaria -basada en maíz, frijoles, maníes y aceite- que proporcionaba más o menos la mitad de la energía diaria requerida por los niños de uno a tres años, y hacia una tercera parte de las necesidades energéticas de los niños de tres a cinco años. El resto de las necesidades nutricionales de los niños les eran suministradas por sus padres o por la comunidad.

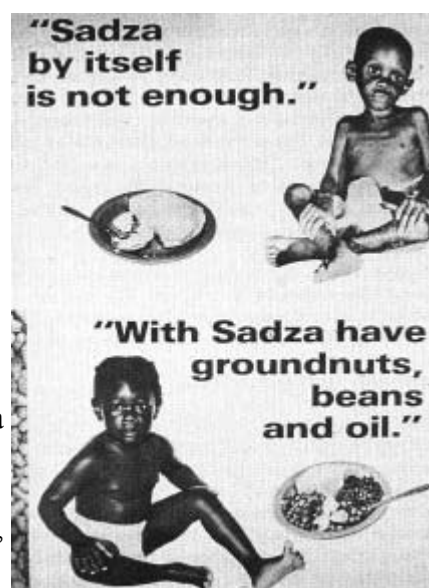
El primer puesto de alimentación se abrió en enero de 1981, y durante los siguientes tres meses se establecieron puestos de alimentación por todo el país. El número de niños registrados subió de 5.824 en enero a 56.200 en marzo. Llegó a alcanzar los 95.988 en mayo, con cerca de 2000 puestos de alimentación, y cayó gradualmente hasta 57.556 en agosto. El control del peso y la medición de los niños registrados por las madres se realizaba periódicamente en los puestos de alimentación, asegurando la continuidad del proceso.

Educación nutricional a largo plazo

En los puestos de alimentación, así como en instalaciones sanitarias, se exhibió y discutió un cartel informativo en lenguas locales (y en inglés). El cartel, donde se lee «añada al *Sadza* cacahuetes, frijoles y aceite» ayudó a reforzar el mensaje de que *alimentos muy energéticos que podían ser cultivados localmente proporcionarían a los niños comida nutritiva si se añadieran a la comida principal de atole de maíz.* (*Sadza* es una papilla hecha cocinando harina de maíz con agua.) Así, este esfuerzo fomentaba una mayor autosuficiencia, reafirmando el valor de los alimentos locales.

Las discusiones sobre el cartel ayudaron a influir en las ideas de la gente respecto a la nutrición. Se reemplazó la vieja concepción de «tres grupos de comida» por un mensaje mucho más útil para suministrar una dieta más rica en energía. Esta nueva información, más apropiada, evidenció tener un gran impacto sobre la salud nutricional de los niños, incluso después del declinar del programa.

El Programa fue evaluado en 1981. Los niños del programa fueron pesados y comparados con niños



de edades similares que vivían en la misma zona y no habían estado en el programa. Por término medio, los niños que acudieron al programa ganaron peso al doble de velocidad que los demás niños. Los niños que habían acudido a 30 o más comidas ganaron peso con un índice tres veces mayor que los niños mejor nutridos que no habían participado en el programa.¹⁰ Muchos niños finalizaron el programa cuando las circunferencias de sus brazos aumentaron significativamente y sus familias tenían comida suficiente en casa.

Durante la evaluación, la mayoría de las madres contaron que la salud de sus niños había mejorado, y por eso les encantaron los mensajes educativos. De cualquier modo, la producción y el uso casero de alimentos variaba mucho. Aunque algunas familias cosechaban cantidades considerables, otras tenían muy poco. De forma significativa, el porcentaje de padres y madres que manifestaron su deseo de cultivar cacahuets en la siguiente estación de cultivo se incrementó desde un 48 a un 80 por ciento.¹¹ Muchos expresaron su deseo de participar en la expansión del programa hacia una fase de producción de alimentos (una posibilidad que había sido considerada al principio, cuando se eligieron los alimentos suplementarios).

Producción local de comida suplementaria

La intención de la fase de producción de alimentos suplementarios del programa fue pasar de la ayuda y la educación a la producción local. A través de debates en las comunidades, se acordó que deberían establecerse terrenos comunales de cultivo. Las cosechas de estas tierras irían a centros de preescolares que, si no existían ya, deberían construirse al lado de estos terrenos. Se calculó que aproximadamente media hectárea de tierra podría producir suficientes cacahuets para proveer a 70 niños con 30 gramos de cacahuets al día (suministrando unas 280 kilocalorías), dejando un diez por ciento para sembrar en la siguiente estación. La tierra elegida para este propósito, tomada de tierras comunales de pastoreo, fue asignada por las autoridades del gobierno local. El comité del programa nacional de alimentación proporcionó la semilla inicial y el abono. Estas decisiones comunitarias fueron posibles porque la movilización popular durante aquel periodo de la historia de Zimbabue influyó de manera importante en la concepción del desarrollo y los programas en el ámbito nacional y local.

Debería subrayarse que la comida cultivada para los centros de preescolares no pretendía cubrir todas las necesidades dietéticas de los niños. Más bien, pretendía ser un suplemento para aquellos niños cuyas necesidades alimenticias no podían satisfacerse de otra manera. El resto de la comida de los niños era suministrada por los padres o a través de un tributo que se habían autoimpuesto los miembros de la comunidad. Este funcionaba como una especie de impuesto progresivo determinado por la comunidad para asegurar que esos niños tuviesen comidas adecuadas.

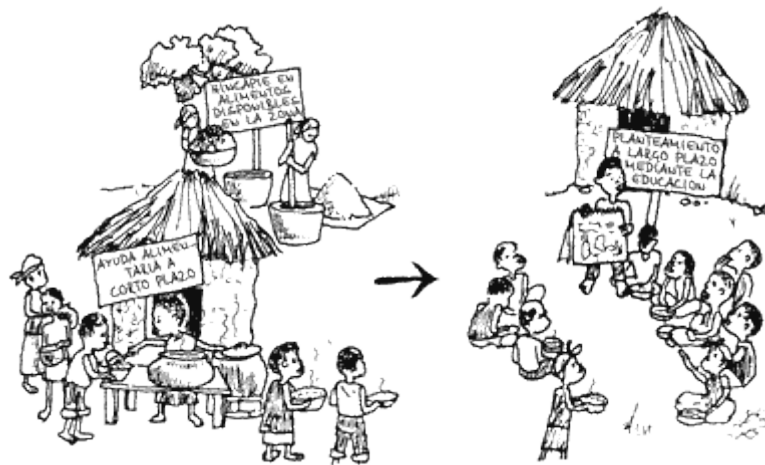
A través de esta iniciativa de cultivos comunales, la gente más débil de la comunidad era ayudada por los miembros más fuertes, que cultivaban con ellos, y por el soporte técnico suministrado por los trabajadores del ministerio de agricultura. Aunque casi todos los grupos cultivaban cacahuets, algunos optaron por mayor diversidad, incluyendo cosechas de maíz y frijoles.

En algunas áreas, los centros de preescolares adyacentes a las tierras comunales llegaron a ser puntos de encuentro de la comunidad para actividades relativas al cuidado de los niños. Con el tiempo, muchos de estos centros se convirtieron en completos centros de salud para niños, y formaron parte de la infraestructura usada más tarde para programas de vacunación.

Hacia 1983-84 había 292 unidades de producción de comida suplementaria en 31 distritos. Por desgracia, a causa de una sequía severa y recurrente, muchas de éstas se frustraron. Sin embargo, la infraestructura existente facilitó la rápida llegada de ayudas. (Otra vez en 1991 y 1992, cuando la peor sequía que se recuerda golpeó Sudáfrica, fue memorable ver cómo esta infraestructura para alimentación suplementaria, que se había creado 10 años antes, se revitalizaba en unas cuantas semanas. Esto ocurrió aún cuando la ayuda externa para el programa había sido retirada a finales de los 80.)

A finales de los años 80 había entre 2000 y 3000 parcelas para cultivar comida suplementaria, distribuidas por las ocho provincias de Zimbabue. En algunos distritos esta programación ha sido altamente exitosa, siendo atendida toda la población infantil en grandes áreas. Quizá el mejor ejemplo está en el área de Musami, en el distrito de Murehwa, a unos de 80 Km. de Harare, donde había cerca de 50 parcelas de producción de comida y centros de preescolares asociados. Se producía maíz, cacahuets y frijoles, y en varios centros existía un excedente incluso después de haber hecho el reparto a todos los niños preescolares y la retención para la siembra.

En Musami estos centros servían no sólo como centros de actividades y cuidado diario para todos los niños en edad preescolar, sino también como puntos de información para los servicios de salud. Cada mes se realizaban vacunaciones, educación para la salud y control del crecimiento. Los registros guardados en el Hospital de la Misión de Musami revelaron que la prevalencia de desnutrición infantil en las áreas del programa bajó notablemente desde principios de los 80, y era considerablemente menor que el promedio nacional.



Impacto sobre la salud de los niños

Observando de forma global los estudios de Zimbabue, las tendencias de la mortalidad infantil y la desnutrición durante los años 80 muestran una discrepancia reveladora. Desde 1980 hasta 1988, la tasa de mortalidad infantil se rebajó a la mitad (de 110 a 53 por 1000), un logro asombroso. Asimismo, el porcentaje de niños pequeños *depauperados* (con desnutrición aguda: muy bajo peso con relación a su altura) cayó de manera impresionante (desde un 17,7% a un 1,3%). Sin embargo, el porcentaje de niños *empequeñecidos* (de baja estatura, con desnutrición crónica) permaneció desproporcionadamente alto (habiendo descendido sólo desde el 35,6% en 1982 hasta el 29% en 1988).

Los datos de Zimbabue, aunque imprecisos, sugieren una marcada divergencia entre los indicadores de mortalidad por una parte, y los indicadores de nutrición a largo plazo (empequeñecimiento) por otra.

La caída de la mortalidad probablemente se debió al aumento de la ingesta energética y a la reorganización de la atención de salud, y especialmente al gran aumento de la cobertura vacunal, la TRO y, más tarde, al tratamiento de la malaria y la neumonía. Asimismo, los programas de ayuda a la alimentación infantil, que crecieron hacia una iniciativa amplia de atención de salud y producción de alimentos, ayudaron a compensar parcialmente los efectos adversos de las sequías, la recesión y las políticas de estabilización. Sin embargo, como la recesión y la estabilización económica redujeron los ingresos reales de un gran número de familias, incluso unos servicios de salud y programas de alimentación relativamente amplios no pudieron compensar los efectos de la creciente pobreza y la dificultad para obtener comida suficiente.

Conclusión

El Programa de Alimentación Suplementaria para Niños de Zimbabue es un ejemplo de las maneras que un gobierno relativamente progresista tiene de ayudar a iniciar un programa liberador basado en la comunidad, que beneficie preferentemente a los más necesitados. Las fuertes decisiones de la comunidad fueron posibles porque la movilización popular durante aquel periodo consiguió influir sobre la concepción del desarrollo tanto a escala nacional como local.

Al evaluar el efecto global del programa, debemos considerar muchos factores. Como intento de ayuda inmediata, ciertamente tuvo sus beneficios. Pero, lo que es más importante, como planteamiento más abierto de base comunitaria, ha habido beneficios a largo plazo que han perdurado más allá de sus contribuciones originales al sistema. Los aspectos de educación y producción del programa continúan promoviendo una mejor nutrición y salud para los participantes de estas comunidades.

Sin embargo, aunque es tan importante como estas mejoras, todavía no se ha hecho frente a la gran cuestión de la injusticia social (incluyendo la persistente mala distribución de la tierra) y los crecientes apuros económicos, que ponen en riesgo a los niños de estas familias. Los Programas de Ajuste Estructural de los años 90 y la imposición de cobros a los usuarios para muchos servicios de salud, no han hecho más que sumarse a la carga de las familias pobres y han anulado parcialmente las iniciales mejoras en la salud y la nutrición de los niños.

*Un acre equivale a 4047 m², o 0,4047 hectáreas.

**Rhodesia era el nombre anterior de Zimbabue, antes de su independencia en 1980.

De la Atención de Salud Comunitaria a la Lucha por la Tierra y la Justicia Social:

Un ejemplo de México

[El proyecto Piaxtla](#)

La [evolución de Piaxtla](#): de la atención curativa a la acción social

Nuevas amenazas para los campesinos: [libre comercio y economía global](#)

[La salud mundial y la de la aldea son ahora inseparables](#)

[Conclusión](#)

El proyecto Piaxtla

El Proyecto Piaxtla de México Occidental es un programa rural de salud comunitaria desarrollado enteramente por campesinos. Nombrado así por un río cercano y localizado en las colinas de la Sierra Madre, Piaxtla fue iniciado hace 30 años para servir a una región grande, escarpada y con la población muy diseminada del estado de Sinaloa. Hasta hace poco el área sólo era atravesada por senderos y caminos de mulas. El programa tiene su base en Ajoya, la mayor aldea (1000 habitantes) del área de cobertura de Piaxtla. David Werner, autor de *Donde No Hay Doctor*, ha estado involucrado en este programa como consejero y colaborador desde su inicio.

Cuando el programa empezó en 1965, las «enfermedades de la pobreza» dominaban la escena sanitaria. Uno de cada tres niños moría antes de alcanzar los cinco años de edad, principalmente por diarreas y enfermedades infecciosas combinadas con la desnutrición crónica. Siete de cada diez mujeres estaban anémicas, y una de cada diez moría durante o tras un parto.

Esta situación adversa tenía en gran parte su origen en la desigual distribución de la tierra, la riqueza y el poder. La mayoría de los campesinos poseían poco o nada de tierra, y la que poseían era de mala calidad. En cambio, un puñado de familias ricas poseía grandes extensiones de tierra fértil junto al río y grandes manadas de ganado. Estas pocas familias ricas controlaban por completo la Junta Directiva de Ajoya. Repetidamente bloqueaban cualquier intento de los granjeros pobres por organizarse o exigir sus derechos constitucionales, recurriendo a la violencia cuando pensaban que era necesario para mantener su posición dominante.

La distribución de la tierra ha sido desde siempre una cuestión crucial. La Revolución Mexicana de 1910 fue en gran parte desencadenada por las políticas feudales sobre la tierra del dictador convertido a presidente Porfirio Díaz, quien había concedido enormes extensiones de tierra a sus compinches ricos. Puesto que las mejores tierras habían quedado concentradas en gigantescas plantaciones o *latifundios*, los campesinos sin tierras tenían pocas opciones. Tanto si trabajaban para los poderosos terratenientes como siervos o medieros, como si se retiraban a las colinas para cultivar escasas cosechas en las empinadas pendientes usando técnicas de «cortar y quemar», sobrevivir era siempre difícil.

En la Revolución Mexicana -al grito de «¡Tierra y Libertad!»-, los campesinos sin tierra de todo el país se unieron tras líderes populares como Pancho Villa y Emiliano Zapata. Al final, el dictador Díaz fue derrocado y se redactó una nueva Constitución revolucionaria.

En el corazón de esta Constitución mexicana estaba, hasta hace poco, su ley de reforma agraria, la cual incluía el famoso sistema *ejidal*. Según este sistema, un grupo de aldeas podía unirse para formar un *ejido* o tierra de posesión comunal. La tierra era dividida equitativamente entre todas las familias. Cada familia recibiría un título provisional para su parcela, y podrían labrarla y sacar provecho a su elección. Pero la propiedad permanecía siempre en el *ejido*. La familia no podía vender su parcela ni hacerla embargar por impago de deudas. Esto protegía a los pequeños granjeros de perder su tierra. Para prevenir aún más el retorno a las grandes plantaciones se pusieron límites legales al tamaño de las propiedades.

Algunos analistas sociales dicen que el sistema *ejidal* contiene lo mejor de la Derecha y la Izquierda políticas, animando la iniciativa personal y la alta producción de la propiedad privada mientras garantiza la igualdad en el uso de la tierra que pretende el socialismo. Sin embargo, el sistema *ejidal* ha funcionado mejor en la teoría que en la práctica. Desde la Revolución Mexicana, el mayor problema ha sido la corrupción institucionalizada. Aunque la Constitución habla de un sistema democrático multipartidista, durante 60 años un único partido político -el Partido Revolucionario Institucional (PRI), respaldado por las fuerzas militares y policiales- se ha mantenido en el poder. A pesar de incrementar las desigualdades y privaciones de los pobres, se ha aferrado al poder recurriendo al fraude electoral, la intimidación, la tortura y el asesinato estratégico de los líderes de derechos humanos. La muerte de periodistas independientes ha sido irónicamente llamada «la forma definitiva de censura».

Bajo un régimen tan corrupto, tanto el sistema *ejidal* como las leyes que limitan el tamaño de las propiedades muchas veces no han conseguido proteger los derechos de los pequeños campesinos. Los ricos y poderosos sobornan habitualmente a los oficiales gubernamentales para romper las reglas y silenciar a los que protestan. Sin embargo, los estatutos de la reforma agraria de la Constitución mexicana han, hasta hace poco, proporcionado una base legal y moral por la cual los agricultores pobres podían organizarse para defender sus derechos revolucionarios de *Tierra y Libertad*.

La evolución de Piaxtla: de la atención curativa a la acción social

En este ambiente, las estrategias del Proyecto Piaxtla para mejorar la salud evolucionaron en tres fases. En su fase más temprana no trataba cuestiones políticas, sino que se centraba en la *atención curativa*, la necesidad más inmediata de la población. Los promotores de salud de los pueblos eran formados mediante métodos participativos y aprendiendo con la práctica, y se hicieron relativamente competentes en el tratamiento de enfermedades y lesiones comunes. Pero al transcurrir el tiempo, el equipo de salud y los campesinos a los que servía se dieron cuenta de que volvían a aparecer las mismas lesiones y enfermedades. Como respuesta, fueron cambiando poco a poco el enfoque del programa hacia *medidas preventivas y de fomento* como vacunaciones, letrinas y sistemas de agua potable. Como resultado, durante esta segunda fase del programa ciertas enfermedades se hicieron menos frecuentes y la salud mejoró notablemente. Pocos niños morían de tétanos o tos ferina, y pocos niños quedaban discapacitados por la polio o complicaciones del sarampión. Sin embargo, muchos niños y mujeres aún estaban desnutridos y enfermos, sobre todo en los años de malas cosechas. La tasa de mortalidad de menores de cinco años permanecía alta, especialmente entre los niños de familias pobres, que estaban sin tierra, mal pagados, mal atendidos y aventajados de muchas maneras por una pequeña minoría con tierra, salud y poder. Así el objetivo principal del programa cambió de nuevo: esta vez a la *acción organizada* para defender los derechos y necesidades básicas de la gente. De esta forma, el programa de salud rural evolucionó de la *atención curativa* a las *medidas preventivas y promocionales* y, más tarde, a la *acción sociopolítica*.

El cambio de rumbo del programa desde medidas sanitarias convencionales a la acción organizada fue en parte el resultado de una concepción de la educación para la salud centrada en el que aprende y basada en el descubrimiento. Los talleres dirigidos por promotores de salud con campesinos, madres o escolares partían de un «análisis de la situación» o «diagnóstico comunitario» con los cuales los participantes identifican y discuten problemas relacionados con la salud de su comunidad y cómo esos problemas se relacionan entre sí. En lugar de observar la muerte de un niño como si tuviera una única causa (como una diarrea), aprendían a explorar la «cadena de causas» que llevan a la muerte de ese niño. Los eslabones serían identificados como biológicos, físicos, culturales, económicos y políticos, o (en términos más sencillos) relacionados con microbios y lombrices, con cosas, con costumbres y creencias, con el dinero y con el poder.

En las primeras fases del programa, cuando el enfoque era principalmente curativo y preventivo, los eslabones que la gente identificaba en la cadena de causas tendían a ser sobre todo biológicos, físicos y culturales. El rastreo hacia atrás de la cadena de la muerte de un niño por diarrea podría haber incluido muerte, deshidratación, diarrea, infección de tripa, gérmenes llevados de las heces a la boca y falta de letrinas, de higiene y de agua adecuada. Pero cuando la gente empezó a explorar más allá, las cadenas de causas que describían tendían a incluir más eslabones económicos y políticos. Para la muerte por diarrea, la cadena incluiría ahora: *muerte, brotes frecuentes de diarrea, desnutrición, comida insuficiente, falta de dinero, padre trabajando como mediero o aparcerero, buenas tierras acaparadas por unos pocos hombres ricos, falta de aplicación de las leyes sobre reforma agraria, sobornos a los oficiales del gobierno, corrupción institucionalizada, ausencia de democracia participativa, insuficiente organización y acción del pueblo*. Tras ser definidos los problemas comunes y las causas raíz, el grupo exploraría posibles soluciones. A veces esto se hacía a través de cuentos, de juegos de rol o -para involucrar a una audiencia más amplia- mediante representaciones públicas de «teatro campesino». Finalmente, cuando el grupo estaba de acuerdo en que las circunstancias y el momento eran los adecuados, se desarrollaba una estrategia de acción.*

Acciones para defender la salud y los derechos de los menos aventajados

Al mirar los promotores de salud y la comunidad más allá en las causas subyacentes de la falta de salud, empezaron a buscar maneras con las cuales, mediante acciones colectivas, pudieran romper algunos de los eslabones de la «cadena de causas» que llevan a la enfermedad y a la muerte. Empezaron con algunos de los eslabones sobre los cuales pensaron que sería más fácil hacer algo a escala local, y que conllevaban menos riesgo de respuesta violenta por las estructuras de poder. Sin embargo, pronto descubrieron que cualquier intento por parte de los pobres de corregir las desigualdades en el *orden establecido* podría precipitar una feroz respuesta de los privilegiados.

Las primeras acciones organizadas a través del programa de salud Piaxtla se relacionaron principalmente con los modos en que los campesinos pobres eran sistemáticamente engañados, maltratados o explotados. Algunas de las actividades iniciadas para afrontar estas cuestiones incluyeron:

- Exigencia al propietario de la línea de autobús local de unas tarifas más bajas, de acuerdo con los límites legales.
- Creación de un banco de maíz administrado por los campesinos.
- Inicio de un programa cooperativo para cercar milpas.
- Organizarse, bajo el liderazgo de las mujeres de la aldea, para cerrar la cantina con el fin de reducir las borracheras y la violencia.
- Organización de una protesta para quitar el control del suministro de agua a un hombre rico e introducir un sistema público de agua controlado por la comunidad.

Describiremos a continuación algunas de estas iniciativas.

El banco de maíz dirigido por campesinos

Una de las formas de explotación más antiguas y utilizadas a la que los pequeños campesinos decidieron hacer frente fue el sistema usurario de préstamo de maíz de los terratenientes. Al empezar la temporada de siembra (los monzones de verano) las familias pobres solían haber agotado sus reservas de maíz y se veían obligados a pedir prestado algo a sus vecinos ricos. Tras la cosecha, seis meses después, los campesinos pobres debían entregar tres sacos de maíz por cada uno prestado. Tras el pago, a muchas familias apenas les quedaba grano. Si no eran capaces de devolver la deuda, sus acreedores embargaban sus posesiones, a menudo empobreciendo aún más a los pobres. Muchos eran forzados a dejar la agricultura y emigrar a los barrios de las ciudades en busca de trabajo. (Esta clase de éxodo desde las áreas rurales de los campesinos privados de tierra ha provocado una dimensión completamente nueva de problemas sanitarios urbanos que ponen aún más en peligro el bienestar y la supervivencia de los niños; vea la p. 83.)

Para combatir este explotador sistema de préstamos, el equipo de Piaxtla ayudó a los campesinos pobres a montar un banco cooperativo de maíz. Este banco cargaba un interés mucho más bajo que los granjeros ricos, y el interés recogido era usado para incrementar la capacidad de préstamo del banco. Este programa de préstamo controlado por la comunidad acabó extendiéndose a cinco aldeas. Ayudó a mejorar la posición económica de las familias más pobres y, con ello, su nutrición y su salud. También fomentó una mayor cooperación y responsabilidad entre los pequeños campesinos, ayudándoles a desarrollar habilidades organizativas, administrativas e incluso contables. Y lo que es más importante, la gente empezó a ganar confianza en su habilidad para mejorar su situación. Con el establecimiento de los bancos cooperativos de maíz los campesinos aprendieron a luchar por sus derechos. En unos pocos años, en Ajoya y las comunidades a su alrededor, la organización de campesinos pobres se hizo tan grande y fuerte que empezó a romper el control que las pocas familias ricas tenían sobre la Junta Directiva.

El programa cooperativo de cercado de milpas

El siguiente problema que los campesinos pobres afrontaron para mejorar su base económica fue encontrar una forma rentable de mantener el ganado de los campesinos ricos fuera de sus milpas (maizales) de las laderas de las montañas, para que no se comieran sus cosechas. Entre los campesinos más pobres se encuentran los que siembran en las laderas empinadas por el método de tumbar y quemar. Cada año tenían que tumbar una nueva parcela de tierra y cercarla para evitar que el ganado de los ricos se comiera la cosecha. Para comprar alambre de cercar, tenían que pedir un préstamo a los ganaderos ricos. Como pago, se veían obligados a concederles el derecho a pastar en la tierra que habían limpiado, cercado y segado. De esta forma, los ganaderos conseguían nuevas zonas de pasto tumbadas, cercadas y sembradas de forraje con el único coste del alambre.



Tras discutir y analizar las implicaciones de esta situación en el bienestar de la gente, el equipo de salud de Piaxtla, junto a los miembros de la organización de pequeños granjeros, empezó a explorar posibles soluciones. Organizaron a los campesinos pobres para que se unieran y cercaran entre todos una ladera entera. Dentro de este gran cercado, todos podrían sembrar sus pequeñas parcelas de tierra. Para comprar la gran cantidad de

alambre de púa necesaria, el equipo de salud consiguió dinero adelantado de una organización no gubernamental. Una vez que el proyecto de cercado se completó, cobrando a los ganaderos ricos por los derechos de pasto, los campesinos pobres fueron capaces de devolver el préstamo para el alambre en dos años. Desde entonces, las rentas por el pasto produjeron ingresos que podían ser usados para la comida y las necesidades básicas de sus familias.

Cuando el primer grupo de campesinos pobres consiguió devolver su préstamo, el mismo dinero fue prestado a otro grupo. A través de este fondo rotatorio, un número creciente de campesinos se hicieron más autosuficientes. La distancia en salud y poder entre ricos y pobres se acortó algo, y la

salud de algunos de los niños más pobres comenzó a mejorar.

A través de estas y otras acciones organizadas, la gente empezó a ganar confianza y experiencia de que la unión hace la fuerza. Este proceso de fortalecimiento se demostró contagioso y pronto las comunidades vecinas empezaron a unirse a la informal pero cohesionada organización de campesinos pobres. Al crecer el número y la solidaridad de los campesinos, ellos y su equipo de salud comenzaron a combatir cuestiones mayores y potencialmente más peligrosas.

Las mujeres se unen contra las borracheras de los hombres

Las mujeres de Ajoya y el área circundante empezaron a descubrir y a ejercitar su poder. Una forma de hacerlo fue organizar una acción colectiva para hacer frente al problema del abuso del alcohol por parte de los hombres. Esta había sido de largo una causa fundamental de violencia doméstica e interpersonal en la región, afectando frecuentemente a mujeres y niños. Además de violencia física directa, el hábito de beber de los hombres también dañaba indirectamente la nutrición y la salud de niños y mujeres, porque los hombres solían comprar el alcohol con el dinero necesario para alimentar a sus familias.



En otros tiempos habían existido varias cantinas en Ajoya, pero muchos años antes habían sido oficialmente cerradas por la violencia debida al alcohol. Durante unos veinte años la aldea estuvo libre de cantinas, aunque continuaban algunas ventas ilegales de alcohol. En 1982 el hijo del presidente municipal anunció que iba a abrir una cantina en Ajoya como negocio particular.

Con la ayuda de los promotores de salud de Piaxtla, las mujeres se organizaron para luchar contra esto. Montaron una representación pública de teatro campesino dramatizando cómo los hábitos de bebida de los hombres llevaban la desgracia a mujeres y niños. Todos los papeles fueron interpretados por mujeres y niños, con las mujeres ataviadas con pantalones y mostachos para representar los papeles de hombres. La obrilla mostraba cómo, si trabajaban juntas, las mujeres podrían hacer algo respecto a este «problema de hombres».



Como respuesta a la obra de teatro y otras actividades de concienciación, las mujeres de Ajoya actuaron unidas para protestar contra la apertura de la cantina. Como resultado, algunos promotores de salud que habían ayudado a organizarse a las mujeres fueron encarcelados. Pero las mujeres mantuvieron una concentración de protesta en la cárcel hasta que el último promotor de salud fue liberado. A continuación, convencieron a varios periódicos de que publicaran editoriales criticando el uso por el presidente municipal de un cargo público para favorecer intereses de negocios particulares. Las mujeres tuvieron finalmente éxito en bloquear la

apertura del bar, y pronto grupos de mujeres de todo el estado estaban haciendo protestas similares y cerrando bares locales.

La ocupación y redistribución de grandes posesiones de tierra

Tras ganar mayor confianza, habilidades organizativas y unidad a base de combatir otros problemas, por fin los campesinos pobres estaban preparados para afrontar el problema más básico que contribuía al hambre y a la falta de salud: la desigual distribución de las fértiles tierras de cultivo del valle. Empezaron a ocupar y cultivar sistemáticamente algunos de los latifundios de las familias ricas -tierra a la que sabían que tenían derecho constitucional-. Dividieron la tierra de forma justa y entonces reclamaron al gobierno títulos de tierra *ejidales*. Cuando las autoridades estatales ignoraron sus peticiones, los campesinos pobres enviaron un comité a la Secretaría de la Reforma

Agraria de Ciudad de México. Los campesinos insistieron hasta que por fin los funcionarios cedieron y ordenaron a la autoridad del estado que concediera títulos a las reclamaciones de los campesinos pobres.

Hasta la fecha, los campesinos han reclamado, ganado título legal y distribuido casi la mitad de las tierras ribereñas locales. Para incrementar la producción de comida, adquirieron bombas de agua y empezaron a irrigar la tierra durante la estación seca. Esto les permitió recolectar dos cosechas al año en vez de una. Como resultado, sus familias pudieron comer mejor, ganar nuevos ingresos vendiendo algo de lo que producían y ahorrar algo de dinero para urgencias médicas y otras necesidades.



Estas acciones por una mayor justicia -entre ricos y pobres, entre hombres y mujeres- han tenido un impacto significativo sobre la salud, en especial para los niños. Cuando empezó el programa dirigido por campesinos en 1965, la Tasa de Mortalidad de Menores de Cinco años de esta área montañosa estaba en torno a 340 por mil. Hoy ha descendido a entre 50 y 70 por mil. Y lo que es igualmente importante, ahora hay muchos menos niños desnutridos, enfermizos y con retraso del crecimiento. Hay más jóvenes sanos, bien crecidos y llenos de energía y vida.

Indudablemente, diversos factores han contribuido a la impresionante caída de la mortalidad infantil. La mayoría de las familias están de acuerdo en que el programa de salud Piaxtla ha representado un papel clave en la mejora de la salud y el descenso de la mortalidad infantil. Pero, si usted pregunta «¿qué acciones trajeron las mayores mejoras?», pocos le dirán que fue la medicina curativa o preventiva; serán muchos los que mencionarán la acción organizada para reclamar sus derechos sobre la tierra. La mayoría de las familias se dan cuenta de que la principal razón por la que muchos de sus niños solían enfermar y morir era que habitualmente no conseguían comer lo suficiente. Con sus esfuerzos colectivos para montar un banco de maíz controlado por los campesinos y el programa cooperativo de cercado, para combatir el excesivo uso del alcohol y, sobre todo, para una distribución más justa de las mejores tierras, las familias de la aldea han sido capaces de aumentar su base económica y poner más alimentos sobre la mesa. En conjunto, han ganado mayor control sobre su salud y sus vidas a través de la acción cooperativa.

Desde los primeros años del programa sanitario, ha habido un cambio visible en el poder local. En los primeros años, las reuniones de la Junta de la aldea habían estado fuertemente controladas por unos pocos barones fuertes y los propietarios de ganado, pero al ganar los pobres en fuerza y unidad, los pocos hombres ricos que antes dominaban las decisiones se encontraron tan faltos de poder que apenas asistieron a las reuniones sobre el *ejido*. Superados en número, ya no podrían cambiar más votos amenazando con desalojar medieros o negarles los préstamos. De esta forma, la *lucha por la salud* en la zona, que se había convertido en una *lucha por tierra y libertad*, también llevó a una comunidad más democrática y equitativa con mayor responsabilidad en sus líderes.

Sin embargo, el proceso se quedó localizado e incompleto. Los campesinos se dieron cuenta de que para que las mejoras en la salud fueran preservadas, se debería ocupar y redistribuir más tierra fértil: no sólo en el valle de Piaxtla sino en todo el país.

Por supuesto, esta lucha por la tierra, la libertad y la salud en la Sierra Madre no fue un hecho aislado. En muchas partes de México, grupos de base estaban empezando a organizarse y a exigir sus derechos. Al crecer estos grupos en número y en fuerza, se hicieron más frecuentes y represivos los intentos de silenciarlos. En ocasiones, fueron encarcelados promotores de salud de Piaxtla; y en un programa al cual el equipo de Piaxtla había ayudado a arrancar en el estado vecino de Durango, dos promotores de salud fueron asesinados por la Policía Estatal por organizar a los habitantes del lugar para defender sus derechos sobre el bosque. (Una compañía maderera estadounidense había pagado a los líderes corruptos del *ejido* local por la madera que se cortaba. Cuando los promotores de salud organizaron a su *ejido* para exigir un reparto justo de ese dinero entre todas las familias, los promotores responsables fueron asesinados por la Policía Estatal.)

Como respuesta a esta y otras desgracias, los grupos de base sintieron la necesidad de unirse como medio de autodefensa. Para estabilizar sus pequeñas mejoras, el equipo de salud se unió con otros programas de base para organizar intercambios educativos. Esto les llevó finalmente a formar redes, tanto regionales como nacionales, de programas de salud basados en la comunidad por México y Centroamérica. Estas redes de base comparten la convicción de que la lucha por la salud es la lucha por la liberación del hambre, la pobreza y las estructuras sociales injustas.¹²

Nuevas amenazas para los campesinos: libre comercio y economía global

Durante los años 90, un obstáculo nuevo y mayor ha amenazado con anular los avances en la tierra y la salud logrados con los años por la iniciativa de Piaxtla. Esta nueva amenaza no procede tanto del ámbito local o estatal como de las fuerzas internacionales y globales. Es una consecuencia del *Nuevo Orden Mundial* tras la guerra fría, con su campaña generalizada para liberalizar las economías nacionales (véase Capítulo 11). En los años 80, este proceso de liberalización fue puesto en práctica en México mediante políticas de ajuste estructural dictadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI). En los 90, la evolución *neoliberal* ha ido aún más allá mediante el *North American Free Trade Agreement* (NAFTA) o Acuerdo de Libre Comercio Norteamericano, un acuerdo entre Canadá, Estados Unidos y México.

Como preparación para el NAFTA, Estados Unidos presionó al gobierno mexicano para que eliminara los artículos progresistas sobre reforma agraria de la Constitución Mexicana. Argumentaron que esos estatutos -principalmente el límite de tamaño para la propiedad privada de tierras y el sistema ejidal que salvaguardaba a los pequeños campesinos de perder sus tierras por ventas o deudas- eran *barreras al libre comercio*. Puesto que esas cláusulas constitucionales estaban evitando que las empresas agrícolas estadounidenses compraran grandes extensiones de tierra para cultivar hortalizas en invierno para exportar a EE.UU., la Casa Blanca insistió en que la Constitución mexicana debía ser cambiada. El presidente Salinas de Gortari estuvo encantado de despojar a la Constitución mexicana de sus políticas progresistas sobre la tierra. El partido gobernante (PRI) estaba -y sigue estando- controlado por un poderoso club de burócratas, hombres de negocios y grandes terratenientes, quienes durante décadas han buscado maneras de sabotear los artículos de la Constitución que favorecen la igualdad. La presión de Estados Unidos a favor del libre comercio proporcionó una excusa perfecta para dismantlar los estatutos revolucionarios que protegían a los necesitados de los poderosos. Así, antes incluso de que el NAFTA fuera aprobado, el presidente Salinas y su Congreso despojaron a la Constitución Mexicana de sus artículos progresistas sobre la tierra. El sistema *ejidal* fue dismantelado y las leyes que limitaban el tamaño de las posesiones fueron derogadas. En realidad, estos cambios regresivos hicieron retroceder a México al sistema feudal prerrevolucionario, con sus latifundios (grandes plantaciones).

Para convencer a los campesinos pobres de que aceptaran la castración de su Constitución, la cual podría causar que millones de ellos perdieran sus tierras, el gobierno mexicano lanzó una campaña masiva de desinformación contando a los campesinos que, con el final del sistema ejidal, por fin serían del todo propietarios de su propia tierra para hacer con ella lo que quisieran. Esta campaña oficial -retransmitida día y noche por radio y televisión- provocó durante un tiempo la división entre las organizaciones campesinas de todo México. Incluso dentro del programa Piaxtla surgió una división. Algunos granjeros se tragaron el cebo del gobierno y dijeron: «¡Por primera vez la tierra es completamente nuestra!» Pero los más listos entendieron que, con la pérdida del sistema *ejidal*, los pequeños propietarios de tierra empezarían pronto a perder su tierra, bien vendiéndola en los malos tiempos o bien siendo confiscada por deudas.

Sin embargo, los cambios constitucionales instigados por el NAFTA han terminado con las reclamaciones legales y la redistribución de los grandes latifundios. Antes del NAFTA, los campesinos de la Sierra Madre podían ocupar con orgullo grandes propiedades como ciudadanos que defendían sus derechos constitucionales. Ahora, bajo la Constitución modificada, si ocupan

tierras serían vulgares criminales y serían tratados como tales.



Resumen del impacto en México del NAFTA y el ajuste estructural/medidas de austeridad intensificados tras el derrumbe del Peso en diciembre de 1994¹⁹

- Entre 1994 y 1995 las ventas de los principales mayoristas cayeron un 75%.
- La producción de alimentos cayó un 80%.
- Los precios de los alimentos de primera necesidad subieron más rápido que los precios en general (un 43% en los 7 primeros meses de 1995).
- Mientras recortaba los servicios y subsidios de los pobres y les subía los impuestos, el gobierno aumentó las subvenciones a los ricos. En 1995 gastó 13.000 millones de dólares (un 5% del PNB) en fianzas a bancos comerciales y 2.000 millones en ayudas a contratistas privados para construcción de carreteras (que pusieron las cuotas tan altas que pocos pueden permitirse usar las autopistas que construyeron).
- Más del 60% de los negocios mexicanos redujeron sus plantillas, y 1/3 han cerrado.
- En los 9 primeros meses de 1995, más de 2 millones de personas cayeron en la extrema pobreza. Hoy día más del 40% de la población vive en la pobreza.
- La deuda externa de México ha aumentado hasta un tamaño asfixiante. Los intereses pagados en la primera mitad de 1996 fueron de casi 18.000 millones de dólares, cerca del doble que en la primera mitad de 1994.
- Desde diciembre de 1994, el salario medio perdió un 54% de su poder de compra.
- Durante 1995, entre 1 y 2 millones más de trabajadores perdieron su empleo, alcanzando el desempleo total los 10 millones (26% de la población activa).
- En 1996, el «presupuesto secreto» del Presidente (un fondo discrecional por el que no tiene que rendir cuentas) se ha incrementado hasta los 85 millones de dólares -un 30% más que el año anterior.
- A consecuencia del crecimiento de la pobreza, el crimen se ha disparado. Como respuesta, el Congreso legalizó la propiedad de armas de fuego para los ciudadanos particulares. Por eso se prevé que la violencia relacionada con las armas de fuego, ya extremadamente alta, aumentará aún más.

El libre comercio en la pobreza, la violencia racial y el SIDA

Los cambios en la Constitución mexicana como preparación para el NAFTA fueron alentados oficialmente como un paso de progreso hacia el crecimiento y la prosperidad de la economía nacional. Pero muchos analistas sociales predijeron con acierto que esas medidas tendrían unos costos humanos y ambientales devastadores.¹³ De hecho, miles de pequeñas granjas están siendo compradas por grandes terratenientes o confiscadas por deudas. La concentración de la tierra de cultivo en unas pocas manos, junto a la avalancha de productos agrícolas estadounidenses libres de tarifas como resultado del NAFTA, ha provocado el éxodo masivo de más de dos millones de campesinos sin tierra a los barrios pobres que proliferan en las ciudades, donde han engrosado el número de desempleados que compiten por trabajar. El noviazgo de México con la inversión especulativa extranjera contribuyó al *crash* del peso a finales de 1994. En los primeros seis meses

de 1995 la tasa de desempleo creció a más del doble; más de 1,4 millones de trabajadores mexicanos perdieron sus puestos de trabajo.¹⁴ Sindicatos independientes estiman que el desempleo y el subempleo rondan en 50 por ciento.¹⁵ La inflación alcanzó el 39,9 en julio de 1994,¹⁶ mientras las ventas de alimentos de primera necesidad disminuían un 25%, un presagio de la desnutrición creciente.¹⁷

Con tal excedente de personas hambrientas dispuestas a trabajar como sea, los salarios han descendido y la ya mínima capacidad negociadora de los trabajadores organizados ha sido aún más debilitada. La combinación de la caída de sueldos con el aumento del desempleo ha supuesto de forma inevitable un alto coste en la salud de la gente, especialmente de los niños.

A lo largo de la frontera entre EE.UU. y México, muchos obreros pobres mexicanos trabajan duramente en las *maquiladoras* (plantas industriales), que ahora suman más de 2.700. Estos centros de explotación emplean a más de 605.000 trabajadores que han huido a las *colonias* de ambos lados de la frontera en busca de una vida mejor. Incluyendo a las familias de los trabajadores, más de 1,5 millones de personas viven en estos barrios, en los cuales «hay una necesidad imperiosa de higiene básica [y que] no tienen agua potable, alcantarillado, recolección de basuras o instalaciones médicas adecuadas. En muchas *colonias*, la basura es abandonada en vertederos al aire libre o es esparcida en las calles, atrayendo y multiplicando los insectos y contribuyendo a la contaminación del suelo y las aguas subterráneas.»¹⁸

Mientras la falta de tierra, la pobreza, la enfermedad y el desempleo aumentaban en México como resultado del ajuste estructural y del NAFTA, más y más braceros cruzaban ilegalmente la frontera con Estados Unidos en busca de trabajo. Con el aumento de la competencia por el trabajo y el desempleo en EE.UU., muchas personas tendrán que recurrir a la prostitución, al narcotráfico y al uso de drogas. Al mismo tiempo, menos inmigrantes ilegales conseguirán la atención de salud que necesitan, ya que la nueva legislación está tratando de reducir los derechos de los trabajadores indocumentados a recibir servicios públicos de salud. Si, como está previsto, el ejército estadounidense es reclutado para ayudar a la Patrulla Fronteriza, los niveles de repatriación a México se incrementarán a la vez que el número de trabajadores ilegales. Millares de ellos que han adquirido enfermedades de transmisión sexual, VIH o drogadicción llevarán a casa sus nuevos sufrimientos con ellos. La incidencia de SIDA en México está empezando a dispararse como lo ha hecho en África. Para los pobres de México, sin embargo, la preocupación por combatir el SIDA está eclipsada en estos momentos por las necesidades más inmediatas de combatir la falta de tierras, el desempleo y el hambre.

En Estados Unidos, los efectos del NAFTA están precipitando un resurgimiento del racismo y las violaciones de derechos humanos. Como muchas empresas están trasladando sus fábricas al sur de la frontera para aprovecharse de los bajos salarios de México y la debilidad de los derechos y la seguridad de sus trabajadores, miles de trabajadores estadounidenses han perdido sus empleos. Según un artículo del periodista Patrick Buchanan, «En los primeros ocho meses [de 1994], 224 fábricas de EE.UU. -una fábrica por día- despidieron trabajadores o cambiaron su producción al extranjero como consecuencia del NAFTA. NAFTA ha puesto a los trabajadores americanos a competir con 80 millones de mexicanos, que cuestan sólo un 15% de lo que cuesta el trabajo en EE.UU.»²⁰ Como consecuencia, en EE.UU. los salarios han seguido cayendo.



Como los trabajadores estadounidenses están poco informados sobre las causas fundamentales de su pérdida de empleos y caída de salarios, tienden a culpar a la «invasión» de latinos de sus apuros

económicos. Esto parece haber encendido la chispa de la violencia racial.

A los ocho meses de la aprobación del NAFTA, el *Southern Poverty Law Center* (dedicado a asuntos legales relacionados con la pobreza en el sur de EE.UU.) informó de que «la hostilidad hacia los inmigrantes y los esfuerzos de los supremacistas blancos para explotar los temores sobre la inmigración están en sus niveles más altos desde los años 70, provocando una ola de crímenes violentos dirigida contra cualquiera que sea percibido como 'extranjero'.»²¹ Esta paranoia contra la inmigración es tan grave que en noviembre de 1994 los votantes de California -un estado con una gran población inmigrante- aprobaron la iniciativa llamada «Salvad Nuestro Estado» (Proposición 187). Esta terrible iniciativa, si es llevada a cabo (está siendo cuestionada su constitucionalidad por las cortes), prohibiría que los niños indocumentados utilizaran la educación pública y los servicios de salud (salvo casos de urgencia). Es una descarada violación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

La insurrección de Chiapas al rescate

La ratificación del NAFTA tuvo un efecto devastador sobre el Proyecto Piactla y las organizaciones de campesinos. Con él llegó el peligro inminente de perder la tierra y los avances en la salud por los que se había estado luchando los últimos 20 años. Por todo México, grupos de campesinos organizaron protestas contra la disolución del sistema ejidal y la firma del NAFTA. Pero, como siempre, el PRI y el presidente Salinas hicieron oídos sordos.



Sin embargo, a comienzos de 1994 la rebelión del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en Chiapas, el estado mexicano más pobre y más al sur, dio un giro sin precedentes a la situación. La insurrección fue lanzada simbólicamente el 1 de enero de 1994, el día en que NAFTA entró en vigor. Descrita como «una de las rebeliones campesinas más inesperadas y brillantemente ejecutadas en la memoria viviente», la minirrevolución ha obligado al partido gobernante de México a responder seriamente a las demandas populares de justicia social.

Es demasiado pronto para saber los resultados a largo plazo de esta miniguerra librada por los indígenas más pobres y más explotados de México. Pero, como se ven ahora las cosas, la rebelión puede haber hecho más por defender los derechos y la salud de la gente del país que cualquier otro hecho desde la Revolución Mexicana hace 80 años. Para uno, la insurrección de Chiapas ha ayudado al equipo de Piactla y a los campesinos de la lejana Sinaloa a conservar los progresos de su lucha de 20 años por la tierra y la salud.

Al comienzo de la rebelión Zapatista el ejército mexicano respondió con castigos colectivos brutales, atacando, bombardeando y destruyendo aldeas indígenas enteras. Pero, en toda la nación, la mayoría de los ciudadanos (un 70% de la población según las encuestas) y mucha de la prensa nacional se posicionó con los rebeldes. Las claras peticiones del EZLN de justicia social y derechos sobre la tierra, enunciadas de manera elocuente por el misterioso subcomandante Marcos, tuvieron eco en una corriente de simpatía de millones de campesinos. Temiendo una posible revuelta nacional (o la pérdida de las cercanas elecciones generales por el PRI), el gobierno mexicano fue obligado a detener al ejército y, finalmente, a admitir algunas de las exigencias Zapatistas.

Las peticiones Zapatistas demandaban al gobierno que restaurara los estatutos de la Constitución mexicana original de 1917, especialmente aquellas que protegían los derechos de los ciudadanos comunes. Esto incluía la restauración y ejecución de manera honrada del programa de reforma agraria que, debido a la corrupción institucionalizada, nunca había llegado de forma efectiva a la población indígena de Chiapas. Exigieron la reinstalación del sistema ejidal para proteger los derechos sobre la tierra de los pequeños campesinos. Demandaron elecciones democráticas justas y genuinas y el final de la discriminación contra los indígenas y los pobres. Y pidieron un salario mínimo suficientemente alto para que las personas pobres pudieran alimentar a sus hijos, y también

el final de la corrupción institucionalizada y los sobornos. El EZLN dejó claro que no quería tomar el poder y gobernar. Simplemente querían despejarlo, para hacerlo más representativo y responsable del pueblo.

En la mesa de negociación, el Presidente Salinas ofreció el perdón a los Zapatistas si rendían sus armas y detenían la insurrección. Sin embargo, el subcomandante Marcos -con su cara, como siempre, cubierta por un pasamontañas- replicó públicamente:

«¿De qué tenemos que pedir perdón? ¿De qué nos van a perdonar? ¿De no morirnos de hambre? ¿De no callarnos en nuestra miseria? ¿De no haber aceptado humildemente la gigantesca carga histórica de desprecio y abandono? [...] ¿De haber demostrado al resto del país y al mundo entero que la dignidad humana vive aún y está en sus habitantes más empobrecidos? [...] ¿De haber llevado fusiles al combate, en lugar de arcos y flechas? [...] ¿De ser mexicanos todos? ¿De ser mayoritariamente indígenas? ¿De llamar al pueblo mexicano todo a luchar, de todas las formas posibles, por lo que les pertenece? ¿De luchar por libertad, democracia y justicia? [...] ¿De no rendirnos? ¿De no vendernos?...

»¿Quién tiene que pedir perdón y quien puede otorgarlo?

»¿Los que, durante años y años, se sentaron ante una mesa llena y se saciaron mientras con nosotros se sentaba la muerte, tan cotidiana, tan nuestra que acabamos por dejar de tenerle miedo?

»¿Los muertos, nuestros muertos, tan mortalmente muertos de 'muerte natural', es decir, de sarampión, tos ferina, dengue, cólera, tifoidea, mononucleosis, tétanos, pulmonía, paludismo y otras lindezas gastrointestinales y pulmonares? ¿Nuestros muertos, tan mayoritariamente muertos, tan democráticamente muertos de pena porque nadie hacía nada, porque todos los muertos, nuestros muertos, se iban así nomás, sin que nadie llevara la cuenta, sin que nadie dijera, por fin, el '¡YA BASTA!' que devolviera a estas muertes su sentido, sin que nadie pidiera a los muertos de siempre, nuestros muertos, que regresaran a morir otra vez pero ahora para vivir?...»

Entre las diversas concesiones que Salinas hizo al EZLN, al menos dos tuvieron un impacto sustancial en la salud de la gente:

Primero, Salinas accedió a un proceso electoral más justo y abierto con mayor responsabilidad de cara al público. Aunque el PRI volvió a ganar las elecciones generales en agosto de 1994, el proceso electoral está ahora bajo un escrutinio público más crítico, y la posibilidad de un gobierno más representativo y responsable en el futuro se ha incrementado de alguna manera. Los partidos de la oposición ya han ganado elecciones en algunos municipios y estados.

En segundo lugar, Salinas accedió a reinstalar parcialmente la reforma agraria y el sistema *ejidal* que había desmantelado como preparación al NAFTA. Firmó un decreto presidencial por el cual los miembros de los *ejidos* previamente existentes podían votar si mantenían o disolvían su estructura ejidal. El gobierno, por supuesto, continuó su propaganda para inducir a los campesinos a que disolvieran sus ejidos.^{**} Pero, por todo México, muchos pequeños campesinos -inspirados por las claras ideas y justas exigencias del EZLN en Chiapas- están optando por mantener sus ejidos.

Entre éstas, en la Sierra Madre de Sinaloa, la comunidad de Ajoya y muchas comunidades circundantes han votado enérgicamente por mantener el *ejido*. Roberto Fajardo, activista de salud del Proyecto Piaxtla y líder de la organización de trabajadores del campo, está encantado. El y otros temían que la lucha por la tierra y la salud de los campesinos durante 20 años hubiera sido pérdida de manera irrevocable. Roberto es el primero en reconocer que los «revolucionarios descalzos» de Chiapas han dado una nueva oportunidad a la vida y posibilidades de un futuro más saludable a los

niños de la Sierra Madre de Sinaloa.

La salud mundial y la de la aldea son ahora inseparables

Roberto y sus compañeros campesinos están aliviados porque en su esquina de México los derechos de la gente sobre la tierra han sido, al menos de momento, parcialmente conservados. Saben que el derecho a la tierra es crucial para liberarles del hambre, que es clave para la salud. Aun así, Roberto y el equipo de salud de Piaxtla también se han dado cuenta de que sus progresos son leves. Como muchas comunidades de trabajadores, ha aprendido que las mayores amenazas para la salud son ahora de nivel mundial. Los pequeños campesinos de la Sierra Madre de México pueden por ahora haber recobrado parcialmente sus derechos, pero las desigualdades del orden económico mundial persisten. NAFTA continúa en el lugar, ligando a México a los intereses empresariales de los Estados Unidos. Con las tarifas eliminadas por el NAFTA, Estados Unidos está exportando ahora a México toneladas de excedentes de maíz. Subvencionado por el gobierno estadounidense, ese maíz cuesta la mitad que el maíz mexicano (aunque el precio de compra no ha bajado para las familias). Incapaces de competir, los innumerables campesinos que están abandonando la agricultura y trasladándose desesperadamente a los barrios pobres de las ciudades están encontrándose con que, como resultado del mercado competitivo del libre comercio, los precios de los alimentos básicos crecen más que los sueldos.

Muchos promotores de salud, incluido Roberto, ya están padeciendo por el NAFTA. Durante 20 años y con un sacrificio considerable, Roberto ha reunido poco a poco una pequeña manada de ocho cabezas de ganado. El ganado era una inversión, con cuyas ganancias había planeado enviar a su hijo mayor al colegio y a la facultad de medicina (con la esperanza de que su hijo se convirtiera en uno de esos raros médicos que vuelven para servir a los campesinos). Pero ahora, con NAFTA, la industria cárnica estadounidense está desembarcando ganado cruzado en México a precio de saldo, recortando de esta forma el valor del ganado local. Casi de un día para otro, el precio de venta del ganado de Roberto cayó a la mitad. Así, NAFTA se ha llevado los ahorros de toda la vida de Roberto y el sueño de su hijo de la escuela de medicina.



Las cosas aún podrían ser peores. Pierda lo que pierda, Roberto sabe que es relativamente afortunado. Su familia todavía tiene una parcela de terreno para cultivar. Sus hijos por ahora no pasan hambre. El sabe que millones de familias de México y de todo el mundo están mucho peor.

Aunque muchos críticos predijeron los dañinos resultados del NAFTA, pocos previeron el desplome del peso, que comenzó en diciembre de 1994, el cual ha convertido de repente a México de un éxito del libre comercio a un fracaso de la economía global. Para evitar caer en la miseria (y que los inversores extranjeros perdieran grandes sumas) México ha pedido prestados miles de millones de dólares al gobierno de EE.UU., al Banco Mundial y al FMI, y tiene una línea de crédito por varios miles de millones más. Incluso si el peso deja de caer -y no hay certeza de que esto ocurra- la carga de la devolución de la deuda, junto a los apuros de la devaluación en sí misma, ha caído pesadamente sobre las espaldas de los pobres, cuyos sueldos reales continúan bajando.

Para seguir pagando su deuda externa, México ha tenido que reforzar las medidas de austeridad exigidas por los programas de ajuste estructural del Banco Mundial (véase Capítulo 11). La población mexicana ya ha sufrido más reducciones en los servicios públicos, mayores descensos en los salarios, subida de impuestos y más tasas por usar los servicios de salud, la educación y otros servicios sociales. A mediados de 1995, el precio del petróleo subió un 35% y el impuesto federal para las ventas de la mayoría de los bienes ascendió del 10% al 15%.

México es un crudo ejemplo de la tendencia mundial que examinamos en la Parte 3 de este libro.

Con NAFTA y otras estrategias de mercado libre diseñadas para favorecer a los privilegiados, la situación de los pobres está empeorando tanto en los países pobres como en los ricos. En 1991, México tenía sólo 2 billonarios (personas que poseen al menos mil millones de dólares estadounidenses). Hoy día tiene 28. Según nuestras fuentes, uno de estos billonarios, Carlos Slim, controla tanta riqueza como 17 millones de sus compatriotas pobres.

Internacionalmente ha habido muchas discusiones de alto nivel sobre los Derechos Humanos Universales: los Derechos de los Niños, los Derechos de las Mujeres, los Derechos de los Pueblos Indígenas, etc. Pero el Nuevo Orden Mundial -encabezado por las instituciones financieras internacionales (el Banco Mundial y el FMI)- ha negado a la humanidad el más importante de sus derechos: el derecho a tener suficiente para comer y, en último término, el derecho a vivir.

Conclusión

Es difícil evaluar el éxito de un programa pequeño de base popular como el Proyecto Piaxtla, especialmente cuando se trata de medir su contribución al cambio social a largo plazo, que es el principal indicador de salud. Piaxtla y la organización de campesinos pobres que surgió de él han provocado un proceso de fortalecimiento que ha tenido un impacto local limitado, pero significativo. La mortalidad infantil ha descendido a un 20% de como estaba cuando el programa comenzó. Pese a la caída general de los sueldos reales en México, la extrema pobreza en la zona de cobertura del programa es menos corriente de lo que solía ser. El abismo entre ricos y pobres en distribución de tierras, riqueza y poder se ha estrechado sustancialmente. Y la elección de la gente al conservar su sistema ejidal ayudará a hacer más sostenibles sus progresos en la tierra y la salud.

Pero el equipo de Piaxtla sabe que está jugando con fuego. El gobierno ha hecho varios intentos de cerrar el programa. Miembros del equipo y de la organización de campesinos pobres han sido encarcelados y amenazados. El gobierno también ha intentado sacar a Piaxtla del «negocio» montando sus propios servicios de salud rivales en la zona (en lugar de poner su atención en las numerosas áreas de México que aún no tienen servicios de salud). Paradójicamente, sin embargo, mientras la clínica gubernamental ha debilitado seriamente el servicio de salud propiamente dicho (que actualmente ha decaído mucho) también ha dado libertad a los promotores de salud más motivados para centrarse en afrontar las causas más básicas sociales, económicas y políticas de la falta de salud. En el análisis final, el trabajo del equipo de Piaxtla en esas áreas ha hecho mucho más por reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud de la gente -y en general la calidad de vida- que lo que habría conseguido sólo una aproximación médica limitada.

Ahora, en los 90, los campesinos reconocen que el futuro es más incierto que nunca. Prevén que las mejoras en salud ganadas con los años de lucha y organización comunitaria pueden perderse mañana debido a las políticas globales dirigidas por la codicia. Han visto cómo la Constitución, por la que sus antecesores lucharon, ha sido violada por poderes extranjeros en conspiración con sus propios autoproclamados líderes. Para los campesinos, el acuerdo de «libre comercio» no es tan libre; les ha costado su tierra, su salud, sus derechos humanos más básicos y la dignidad de la autodeterminación. La situación de los campesinos pobres y los trabajadores de México no es una situación aislada. Similares apuros están siendo sufridos por las personas marginadas en cada esquina del planeta. La estructura mundial de poder -formada por grandes gobiernos, grandes empresas y las instituciones financieras internacionales- ha impuesto su Nuevo Orden Mundial en todo el mundo. Ha atado la mayoría de las áreas de producción y desarrollo a un mercado global de una manera en la que beneficia a los intereses de los poderosos y debilita el poder de negociación de los pobres. Hoy día, ninguna nación -y, de hecho, virtualmente ninguna aldea- tiene la libertad de la autodeterminación.

*Los métodos «problematizadores» usados por el equipo de salud de Piaxtla -incluyendo análisis de la situación, toma de conciencia y aprendizaje orientado a la acción- están recogidos en el libro *Aprendiendo a Promover la Salud*, de

David Werner y Bill Bower.

**Funcionarios de PROCEDE, la agencia federal para la privatización de tierras, visitan aldeas y cuentan a la gente que si no disuelven sus ejidos y registran de manera privada sus tierras en ese momento, es posible que luego sean obligados a hacerlo pagando mucho dinero. También les prometen que, tan pronto como registren sus propiedades privadas, podrán recibir grandes préstamos. Por supuesto, evitan mencionar que esto es el primer paso para perder sus tierras por impago de deudas.

La Atención de Salud en el Contexto de una Revolución Social:

El Ejemplo de Nicaragua

- [El régimen de Somoza: 1936-1979](#)
- [El período sandinista: 1979-1990](#)
- [Efecto de los cambios de sistema político sobre la Salud en Nicaragua](#)
- [El gobierno de Chamorro: 1990-1996](#)
- [El período actual \(1997-1999\)](#)
- [Más ayuda de Estados Unidos, menos salud](#)
- [¿Por qué Estados Unidos consideró a la Nicaragua Sandinista una amenaza para su seguridad nacional?](#)

En Nicaragua, la lucha del pueblo por la salud no se puede separar de su lucha contra las injusticias sociales y políticas, tanto internas como externas. Durante las últimas dos décadas, éste pequeño país centroamericano ha visto varias formas de gobierno muy diferentes: la dictadura de Somoza hasta 1979, el régimen sandinista de 1979 a 1990, el gobierno de la coalición Unión Nacional Opositora/Chamorro de 1990 a 1996 y el Partido Liberal Constitucionalista de Arnoldo Alemán desde 1996. El primero y los dos últimos de estos gobiernos estaban controlados por elites que pusieron los intereses de las grandes empresas, nacionales y extranjeras, por delante de las necesidades y derechos del pueblo. Por el contrario, los sandinistas dieron gran prioridad a la justicia social, la participación popular y a intentar satisfacer las necesidades básicas de la mayoría empobrecida.

La situación de la salud ha variado según eso. Según el estudio Rockefeller, que encontró que «el compromiso social y político por la equidad» era una clave determinante de la «buena salud a bajo coste», el período sandinista trajo notables mejoras en salud. En contraste, la salud en el país bajo el injusto y represivo régimen de Somoza era pésima (entre las peores de Latinoamérica, junto con Honduras y Bolivia).²⁴ Y en la Nicaragua posterior al Sandinismo las condiciones de vida y el nivel de salud de la mayoría pobre están de nuevo deteriorándose con rapidez. Comparando estos diferentes períodos de la historia reciente de Nicaragua se puede aprender mucho de los determinantes del bienestar de una población.

El régimen de Somoza: 1936-1979

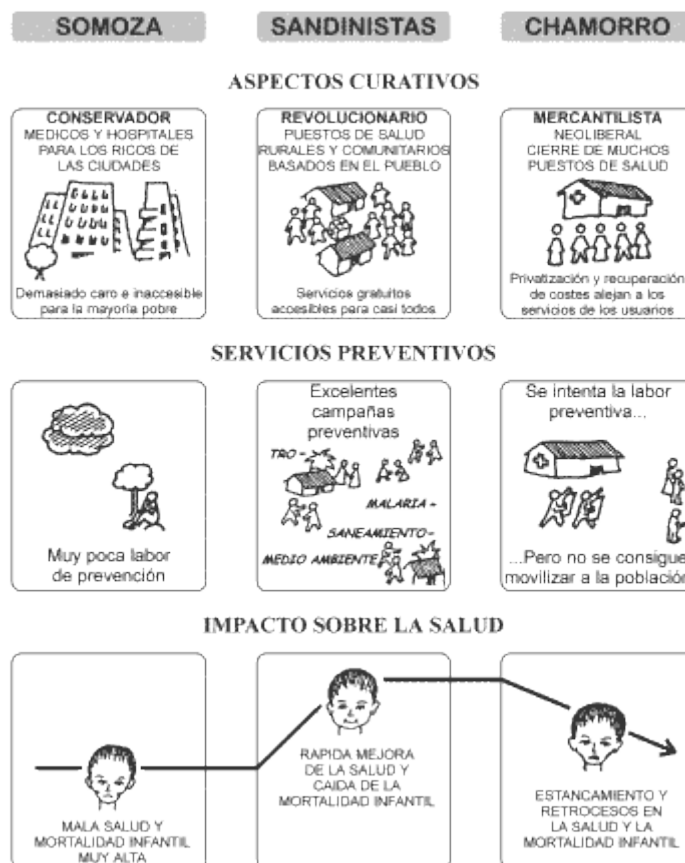
En 1934, el primer Anastasio Somoza, que había sido colocado por Washington como cabeza de la

Guardia Nacional creada por los Estados Unidos, mandó asesinar al héroe nacional Augusto César Sandino. Dos años después, Somoza asumió la presidencia y se instaló como dictador. En los siguientes 43 años la familia Somoza gobernó Nicaragua como un feudo personal, tomando el control directo de más del 20% de la tierra de cultivo del país y de muchas de sus grandes industrias. Los salarios se mantenían insoportablemente bajos, los derechos de la gente eran violados de manera sistemática y los intentos de organización comunitaria y obrera eran violentamente reprimidos. Los servicios médicos eran sobre todo curativos, basados en médicos y hospitales, privados, y orientados a servir a la escasa elite del país. En los años 70 se estimaba que el 90% de los recursos para salud eran consumidos por solamente el 10% de la población.²⁵ Las causas más importantes de mortalidad infantil eran la diarrea, el tétanos, el sarampión y la tos ferina. Más de uno de cada diez niños moría antes de llegar al año de vida,²⁶ y más de la mitad de los niños nicaragüenses estaban desnutridos.²⁷

Bajo Somoza -como en tantos países donde los derechos humanos son negados sistemáticamente- comenzaron a surgir iniciativas de salud basadas en la comunidad. Muchas de esas iniciativas eran ayudadas por organizaciones no gubernamentales extranjeras y por grupos religiosos que inicialmente no tenían más motivaciones que ayudar a los que lo necesitaban. Pero la desesperada situación de los pobres era tan claramente producto de un orden social injusto que los que se comprometían con el bienestar de la gente inevitablemente se concienciaban social y políticamente. Los promotores comunitarios de salud fomentaron la acción organizada a escala local para aliviar algunas de las causas de fondo, debidas al hambre, de la falta de salud. Así, poco a poco, se convirtieron en agentes de cambio -y pronto fueron tachados de subversivos.

A finales de los 70, una gran red de programas comunitarios de salud no gubernamentales se extendía por toda Nicaragua, especialmente en áreas rurales y barrios urbanos afectados por la pobreza. Cuando uno de los autores (David Werner) visitó el país en 1977, estas iniciativas para la salud nacidas de la comunidad habían empezado a representar un papel clave movilizando a la gente por su bienestar y sus derechos; y los programas de salud estaban sufriendo la represión. En un intento de interferir en estas iniciativas populares o hacerles la competencia, el Ministerio de Salud de Somoza -con la ayuda de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)- lanzó un ambicioso proyecto para formar *promotores de salud* dirigidos por el gobierno. Pero, pese a los millones de dólares de financiación estadounidense, el programa del gobierno recibió poco apoyo comunitario. Mientras tanto, la red de programas basados en la comunidad continuó creciendo. En respuesta, la temible Guardia Nacional de Somoza apuntó cada vez más a los promotores comunitarios de salud -y también a líderes sindicales y otros organizadores de la comunidad- con acosos, detenciones y ejecuciones.

La red popular de iniciativas comunitarias de salud tuvo un papel principal en el amplio despertar popular y en la movilización que, con el tiempo, llevó a la caída de la opresora dinastía Somoza. En los últimos años de gobierno de Somoza la persecución de los promotores de salud -así como de médicos, enfermeras y estudiantes de Medicina- llevó a muchos trabajadores de salud a la clandestinidad y a unirse a la creciente resistencia sandinista. Cuando el gobierno cortó los suministros de agua, comida y otros recursos básicos, las comunidades que apoyaban a los sandinistas organizaron Comités de Defensa Civil que actuaron como gobiernos locales provisionales. Estas comunidades no sólo distribuían comida, agua y otros suministros básicos, sino que también capacitaron y coordinaron a voluntarios de salud, conocidos como *brigadistas de salud*. Así, fue el castigo colectivo de la Guardia Nacional sobre áreas liberadas lo que forzó a los sandinistas a lanzar un nuevo sistema de salud basado en voluntarios. Esta experiencia proporcionó las bases para una fuerte participación comunitaria en campañas nacionales de salud después de que los sandinistas tomaran el control del gobierno en julio de 1979.²⁸



El período sandinista: 1979-1990

Como parte de su planteamiento de desarrollo basado en la equidad, el gobierno revolucionario dio gran importancia a la salud, cumpliendo una promesa que el FSLN (Frente Sandinista de Liberación Nacional) había hecho en su «Programa Histórico» de 1969. Una de sus primeras acciones fue crear montones de centros y puestos de salud, desde las más remotas áreas rurales hasta los más pobres suburbios de las ciudades. Para lograr esto, los sandinistas aprovecharon uno de sus recursos más poderosos: el apoyo entusiasta de las comunidades y los Consejos Populares de Salud. Esos Consejos Populares de Salud eran organizaciones paraguas formadas en 1980 que unieron a grupos organizados de trabajadores, campesinos, mujeres, jóvenes, etc., constituidos durante la resistencia. El Ministerio de Salud confió mucho en la capacidad de movilización de estas organizaciones que, desde la liberación, habían evolucionado a asociaciones vecinales que realizaban funciones administrativas, políticas y algunas de tipo disciplinario.

En 1982 la mitad de los nuevos puestos de salud había sido puesta en marcha por las propias comunidades. Una comunidad convirtió una conocida prisión en un centro de salud; otra comunidad hizo lo mismo con un burdel que pertenecía a coroneles de Somoza.²⁹ La atención de salud se veía como parte de un planteamiento integral e interdisciplinario para mejorar el bienestar y la calidad de vida de toda la población mediante una participación masiva.

Los sandinistas reconocieron la importancia de la educación para la salud. Poco después de llegar al poder, la Campaña Nacional de Alfabetización reclutó a cerca de 100.000 voluntarios -la mayoría estudiantes de bachillerato y de primeros años de universidad- para ir al campo y enseñar a leer y escribir a 400.000 adultos. El nuevo Ministerio de Salud (MINSAL) capacitó a 15.000 de esos *brigadistas* en primeros auxilios, saneamiento y control de la malaria y la diarrea. El nivel de participación que se obtuvo está demostrado por el hecho de que en 1983 las campañas nacionales

de salud «estaban siendo planeadas y ejecutadas por los Consejos Populares de Salud, con asistencia sólo técnica por parte del Ministerio de Salud».³⁰

Los promotores comunitarios de salud, o *brigadistas*, eran capacitados usando la concepción «multiplicadora» que los sandinistas habían desarrollado durante la resistencia. Después de su capacitación, todos los brigadistas debían compartir lo que habían aprendido con varios miembros más de sus comunidades, y a los profesores más hábiles se les daba el título de *multiplicadores*, o capacitadores de otros brigadistas.

Los Consejos Populares de Salud también organizaron *Jornadas Populares de Salud*: movilizaciones masivas de la gente contra problemas concretos de salud. En 1980, unos 30.000 voluntarios llevaron a cabo una serie de Jornadas para combatir la polio y el sarampión (mediante la vacunación masiva de los niños), el dengue (eliminando criaderos de mosquitos cercanos a las casas) y otras enfermedades (por medio del saneamiento y la evacuación de basuras). Todo esto se acompañaba de campañas públicas de educación y visitas a las casas para inmunizar a niños cuyas familias no los habían llevado a los puestos de su zona durante las Jornadas de Salud.³¹

En 1981 la malaria fue añadida a la lista de problemas de salud tratados en las Jornadas. En un esfuerzo simultáneo por todo el país, en el que participaron 200.000 voluntarios, más del 80% de la población recibió tres dosis diarias de medicinas contra el paludismo. En los siguientes tres años la incidencia de malaria cayó un 62% (casi sin usar pesticidas).³²

En general, durante los primeros cuatro años del gobierno sandinista la salud de la población se recuperó de manera espectacular. La mortalidad infantil disminuyó desde la cifra oficial de 92 (probablemente mucho mayor por no registrarse algunos nacimientos y muertes) a 80,2, mientras que la esperanza de vida aumentó de 53 a 59 años. Gracias a la enorme participación popular en las Jornadas de Vacunación, la incidencia de enfermedades infantiles transmisibles disminuyó notablemente. Nicaragua se convirtió en el segundo país Latinoamericano en erradicar la polio (Cuba fue el primero). Entre 1980 y 1984, la diarrea pasó de ser la primera a ser la sexta causa más frecuente de mortalidad infantil hospitalaria, aunque continuó siendo la causa más frecuente de muerte entre los niños del país. (Merece la pena destacar que el Ministerio de Salud prefirió promocionar los sobres de Sales de Rehidratación Oral en lugar de los líquidos caseros, a pesar de que estos últimos podrían estar más de acuerdo con los ideales sandinistas de participación popular y autosuficiencia. Incluso los dirigentes progresistas pueden sucumbir al atractivo de las tecnologías de impacto rápido -y a los consejos de los expertos extranjeros.)

Tanto en sus éxitos como en sus limitaciones, la experiencia sandinista con campañas de vacunación, y con la atención de salud en general, demuestra el gran impacto que las movilizaciones masivas por la salud pueden tener cuando están basadas en una importante participación y colaboración popular.

Disputas internas y contradicciones

Aunque el fuerte compromiso del FSLN con la igualdad logró grandes mejoras en la salud en los primeros años (antes de la escalada de la guerra con la Contra), este progreso se vio afectado por contradicciones internas dentro del gobierno revolucionario. Había distintas opiniones dentro del Ministerio de Salud sobre cuál era la dirección más adecuada de las acciones a realizar. Tres grupos propusieron tres estrategias nacionales de atención de salud muy distintas entre sí. El primer grupo quería potenciar las capacitaciones de brigadistas, extender la red de puestos de salud comunitarios y fomentar una mayor participación popular en la salud. El segundo grupo recomendaba el modelo cubano de atención de salud, con una nacionalización completa del sistema sanitario y un movimiento de atención primaria dirigido por médicos funcionarios del gobierno. En total contraste, el tercer grupo, compuesto principalmente por médicos conservadores, solicitaba más apertura para la práctica médica privada. Los dos últimos grupos querían dar prioridad a la formación de más médicos y enfermeras, y extender los servicios curativos en lugar de invertir más

en el nivel comunitario.

Finalmente se llegó a un acuerdo y fueron formados un gran número tanto de médicos como de brigadistas. Sin embargo, las habilidades enseñadas a los brigadistas fueron restringidas, reflejando el temor de los médicos a perder el monopolio de los conocimientos de Medicina. En un movimiento dirigido a evitar la división entre las dos facciones más conservadoras y de orientación médica, se amplió el número de miembros de los Consejos Populares de Salud para incluir a los médicos. Sin embargo, muchos activistas comunitarios sintieron que esto permitía a los médicos dominar los Consejos y disminuía la autonomía de los comités locales. Realmente, la asistencia a las reuniones de los Consejos disminuyó y muchos brigadistas dejaron su actividad. En palabras de Richard Garfield, en cuyo trabajo nos hemos inspirado en buena parte para este informe sobre el Sistema de Salud Nicaragüense:

«El constante ir y venir entre políticas socialistas centralizadas e iniciativas y control comunitarios descentralizados, entre la atención de salud profesionalizada más introducida en la periferia y los servicios [...] paramédicos surgidos entre grupos comunitarios, hizo irregular el desarrollo de la atención de la salud.»³³

¿Poder para el pueblo?

Algunos análisis piensan que una debilidad importante del régimen sandinista fue no permitir que la participación popular alcanzase todo su potencial. Estos críticos afirman que, aunque el gobierno revolucionario facilitó una extensa participación de las bases, esta movilización se desarrolló de manera algo superficial. Señalan que «¡Poder Popular!» era uno de los gritos de guerra favoritos durante los años 80, pero otro eslogan igualmente frecuente era «¡Dirección Nacional: ordene!». En otras palabras, la participación popular, incluyendo la participación en iniciativas de salud, algunas veces parecía estar dirigida más a conseguir su apoyo que a fomentar un verdadero control local de la toma de decisiones. Algunos analistas creen que este planteamiento limitado de la participación contribuyó a la caída del FSLN en las elecciones de 1990.

Incluso el ex Director del Departamento de Medicina Preventiva, Leonel Argüello, se dio cuenta de que la participación de la gente en las «Jornadas Populares de Salud», aunque importante, no era suficiente. En referencia a las jornadas populares, hizo esta observación:

«...concentrar los esfuerzos en un día puede ayudar; pero, ¿y el mes o el año siguiente? Debemos poner menos atención en los eslóganes y más esfuerzo en llegar a comprender lo importante. Solo entonces el pueblo estará en posición de tomar la iniciativa y no sólo responder a los llamados del MINSA.»³⁴

A veces los líderes sandinistas mostraban inclinación hacia el paternalismo y la centralización. Sin embargo, el cuadro era variado. En ocasiones, los altos dirigentes sandinistas parecían escuchar al pueblo y responder a sus peticiones. Uno de los autores (David Werner) tuvo la oportunidad de observar ese proceso. Acompañó a un equipo de promotores de salud del Proyecto Piaxtla de México, que habían sido invitados a compartir algunos de sus métodos de enseñanza para la resolución de problemas basados en el descubrimiento en un taller de capacitación para brigadistas, multiplicadores y educadores para la salud. El taller había sido organizado por el comité local de salud de Ciudad Sandino, un asentamiento muy pobre en expansión de las afueras de Managua. El taller comenzó bien. Había mucho entusiasmo. Los sociodramas, teatros de títeres y la participación creativa de madres, profesores y niños ayudaron a animar la capacitación. Todo el mundo estaba deseoso de continuar.

Sin embargo, tras los primeros días, llegó un mensaje del Ministerio de Salud dando instrucciones al comité de terminar el taller inmediatamente para que los brigadistas tomaran parte en una jornada nacional de vacunación de niños contra el sarampión, que iba a tener lugar la semana siguiente. Cuando recibieron esta orden, los participantes del taller se disgustaron. Sentían que estaban aprendiendo métodos que les permitirían llevar a cabo un trabajo comunitario de salud más eficaz, y

no querían terminar el taller antes de tiempo.

Los participantes convocaron una reunión de urgencia con el Comité de Salud de la ciudad y los líderes de la comunidad. Los participantes llegaron al consenso de que el taller debía continuar. El grupo comunitario escribió una respuesta al Ministerio de Salud recordándole que *el papel del Ministerio es aconsejar y apoyar a los brigadistas y a los comités comunitarios de salud, no decirles lo que tienen que hacer*. Los brigadistas señalaron que ellos eran responsables ante su comunidad y asumían sus decisiones. La comunidad había decidido que el taller era importante y que debía continuar. Sin embargo, como todos estaban de acuerdo en que la campaña nacional de sarampión era también importante, los brigadistas aprovecharían el taller para instruir a los vecinos sobre la jornada de sarampión que se acercaba y animar a su participación.

Los colaboradores de Piactla estábamos asombrados de la valentía de los brigadistas y del comité local de salud cuestionando la autoridad del Ministerio de Salud. Quizá su audacia se debía a que muchos eran sandinistas veteranos que se habían hecho activistas de salud durante el levantamiento contra Somoza. Puede que esto les hubiera dado el valor y la solidaridad para enfrentarse a los abusos de autoridad. O quizá simplemente tomaron al gobierno revolucionario en sentido literal, y tenían la suficiente confianza en que les responderían con diálogo, no con represión.

Los visitantes nos sorprendimos aún más cuando el comité de salud recibió respuesta del Ministerio disculpándose por haber dado unas órdenes tan paternalistas y mandonas, y felicitó a la comunidad por ayudar al Ministerio a mantenerse en el camino correcto. Esto reafirmó el plan de los brigadistas de continuar el taller, mientras lo aprovechaban para preparar a la gente para la campaña contra el sarampión. Este enfrentamiento entre el Ministerio de Salud y la gente de Ciudad Sandino hizo mucho para convencernos de que el proceso revolucionario nicaragüense pretendía responder a las necesidades del pueblo.³⁵

PARTICIPACIÓN POPULAR EN ACCIÓN: EL MONSTRUO DEL SARAMPIÓN

Uno de los mayores éxitos del taller de Ciudad Sandino fue una pieza de teatro callejero participativo titulado «El Monstruo del Sarampión». En esta representación el monstruo -un actor con una capa roja gigante, una enorme máscara de diablo y grandes garras- persigue a los niños por la calle intentando atrapar a aquellos que no han sido vacunados contra el sarampión. Tras una intensa persecución, el monstruo atrapa a un niño (uno de los actores) que lleva una máscara blanca con una cara feliz. El monstruo envuelve al niño con su capa y, cuando el niño reaparece, lleva otra máscara cubierta con las manchitas rojas del sarampión. El chico se pone muy enfermo y está a punto de morir. Sus angustiados padres prometen no olvidarse nunca más del calendario de vacunas de sus niños.



Al final de la pieza, un actor grita al público: «¿Por qué el niño agarró el sarampión?» La pregunta se repite hasta que todos los presentes gritan contestando «¡Porque no se vacunó!» Entonces el actor pregunta: «Y, ¿cómo puede la comunidad acabar definitivamente con el Monstruo del Sarampión?» El público responde: «¡Vacunando a todos nuestros niños!» «Entonces, ¿qué van a hacer este sábado?» Les desafía el actor. Y el público grita, «¡VACUNAR A TODOS LOS NIÑOS!»

Este teatrillo, organizado por los participantes del taller de trabajo de Ciudad Sandino, ha sido repetido desde entonces cientos de veces en comunidades pobres de toda Nicaragua, Latinoamérica y muchas partes del mundo. Descripciones de la obra de teatro, completadas con fotos, han sido incluidas en las ediciones en español y portugués de *Aprendiendo a Promover la Salud* y las ediciones en inglés y español de *El Niño Campesino Deshabilitado* (libros de David Werner).



Muchos grupos han adaptado el teatro como el Monstruo de la Diarrea, el Monstruo del Cólera, etc. Quién sabe a cuántos niños a ayudado a salvar la vida esta sencilla obra. El Ministerio de Salud de Nicaragua hizo bien en seguir los deseos de la comunidad.

El impacto de la campaña de desestabilización de Estados Unidos en la atención sanitaria y en la salud

Las diferencias de opinión dentro del Ministerio de Salud del gobierno revolucionario y el fracaso de los sandinistas a la hora de lograr una participación popular más importante pueden haber sido cuestiones a considerar. Pero cualquier impacto negativo que estas discusiones internas puedan haber tenido en las políticas sandinistas de salud fue pequeño al lado de la devastación causada en el sistema de salud nicaragüense por el programa de desestabilización global del gobierno estadounidense. Esta campaña -que incluyó la financiación de fuerzas contrarrevolucionarias (la Contra), operaciones políticas y militares secretas de la CIA, un embargo comercial, un boicot internacional de los créditos, una ruidosa campaña de propaganda interna y externa, y acciones diplomáticas para aislar al régimen sandinista- le costó muy cara a la economía nicaragüense. Este daño económico causó más pobreza y deterioro de las condiciones de vida y, de esta manera, peores condiciones de salud.

La campaña desestabilizadora de Washington también obligó al gobierno revolucionario a desviar a la defensa fondos que se necesitaban con urgencia para responder a las necesidades de salud del pueblo y a la creciente demanda popular de un acceso universal a los servicios de salud. Y dentro del sector sanitario, la guerra de la Contra obligó al Ministerio de Salud a utilizar recursos para el tratamiento de las víctimas. Entre 1983 y 1986, casi una de cada diez personas ingresadas en un hospital sufría lesiones relacionadas con la guerra.³⁶ El embargo comercial y la suspensión de créditos dañaron más aún las iniciativas sanitarias sandinistas y todo el sistema nacional de salud, provocando escasez de vacunas, medicinas básicas y otros suministros médicos.

Además de esos efectos indirectos, los «contras» también atacaron directamente el sistema de salud del país. Lo hacían intencionadamente, porque sabían que los logros del gobierno revolucionario en la salud eran una de las principales razones de su popularidad. En diciembre de 1987, los «contras» habían matado a 48 promotores de salud, herido a 26 y secuestrado a 23.³⁷ Al final de la guerra, en 1990, los ataques de la Contra habían obligado al cierre de 128 de las 600 instalaciones de salud del país.³⁸ La amenaza de las emboscadas de la Contra impedía que los promotores de salud llevaran a cabo campañas de vacunación y otras iniciativas en algunas regiones. En estas zonas la malaria volvió a aumentar. Para causar aún más daño, la CIA lanzó una campaña de desinformación que culpaba al gobierno sandinista de los problemas de salud, sociales y económicos causados en realidad por la campaña de desestabilización hecha desde Washington. Todo ello se hacía en consonancia con el objetivo de una guerra de baja intensidad: desmoralizar a la gente y hacer sus vidas tan miserables que abandonen sus sueños y se vuelvan en contra de su gobierno como única salida a la situación.

Además, la guerra de la Contra y la campaña de desestabilización obligaron al gobierno revolucionario a establecer un impopular reclutamiento militar y a crear una atmósfera de desconfianza donde las diferencias de opinión se veían fácilmente como traiciones. Las medidas de fuerza del Gobierno contra las fuerzas políticas de la oposición, aunque menos severas que en El Salvador, Guatemala u Honduras, se hicieron habituales. Todos estos hechos disminuyeron significativamente el apoyo popular a la revolución, provocando una menor participación en las campañas de salud y otras campañas sociales de los sandinistas.

La progresiva escalada de la guerra de la Contra, junto con la crisis económica comentada, impidió al gobierno revolucionario continuar incrementando su temprano y rápido progreso en la mejora de la salud del pueblo. Pero el hecho de que los sandinistas fueran capaces al menos de no dejar que

bajaran la mayor parte de los indicadores de salud más importantes frente a las circunstancias adversas prueba que se mantuvieron fieles hasta el final a su compromiso con la igualdad y la salud.

El gobierno de Chamorro: 1990-1996

Antes de las elecciones nacionales de 1990, el Gobierno de Estados Unidos invirtió millones de dólares para desgastar aún más a los sandinistas y respaldar al recién formado partido de la Unión Nacional Opositora (UNO), una coalición de todos los partidos no sandinistas, desde la extrema derecha hasta la extrema izquierda. Los «contras», con apoyo estadounidense, incrementaron sus ataques terroristas indiscriminados hacia civiles a sólo unos días de las elecciones, en un intento de ganar más votos para la UNO. Los nicaragüenses recibieron el mensaje alto y claro: si votaban por los sandinistas, el terrorismo apoyado por Estados Unidos y el embargo continuarían. Las privaciones, las dificultades y el deterioro de la economía se harían aún mayores. Los jóvenes continuarían siendo reclutados y muriendo. Y todo, ¿para qué? El enemigo era la nación más poderosa del mundo, respaldada por la fuerza económica más poderosa: las grandes multinacionales. El pueblo nicaragüense estaba agotado y desmoralizado, desgastado por una guerra implacable. Así que en las elecciones una pequeña mayoría de votantes, muchos de ellos de mala gana, decidieron terminar con el derramamiento de sangre y las amenazas: votaron a Violeta Chamorro de la UNO.

Pero, desde las elecciones, como el pueblo nicaragüense ha descubierto con tristeza, la naturaleza de los abusos ha cambiado, pero no se han acabado. Bajo el control de la coalición de la UNO, el sistema sanitario ha sufrido una serie de reveses. USAID, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional presionaron al nuevo gobierno para llevar a cabo políticas de ajuste estructural. Esto dio lugar a una privatización masiva de servicios y empresas públicas, provocando el despido de miles de trabajadores, incluyendo del sector de la salud. En 1995, el desempleo subió más de un 75 por ciento. Los precios crecieron mientras los salarios se hundían. La pobreza se fue agudizando y extendiendo. El número de prostitutas de Managua aumentó a más del doble en el año siguiente al cambio de gobierno, pues madres y muchachas mayores buscaban desesperadamente medios para alimentar a sus familias. Los orfanatos se llenaron de niños abandonados por madres empobrecidas. El crimen, incluyendo el tráfico y el abuso de drogas, se intensificó.

El Ministerio de Salud -que aún conservaba a algunos sandinistas en sus filas- intentó al principio oponerse a la ola privatizadora de los servicios de salud. Pero, con los fuertes recortes en personal y medicinas, especialmente en las zonas rurales, muchas veces tenían que elegir entre cerrar los centros de salud de las comunidades o reconvertirlos a la práctica privada.

El período actual (1997-1999)

A finales de 1996 llegó al poder Arnoldo Alemán, líder de la Alianza Liberal, el cual ha acentuado la tendencia neoliberal del gobierno anterior. Se aceleró la privatización de los servicios públicos y aumentaron las tasas por servicios y por medicinas. La situación profesional del personal de salud se deterioró considerablemente, lo cual desencadenó una huelga médica de cuatro meses en 1998. Por si esto fuera poco, el huracán Mitch causó efectos devastadores en el país en noviembre del mismo año.

Más ayuda de Estados Unidos, menos salud

Cuando acabó el embargo orquestado por Estados Unidos apareció más dinero para los servicios relacionados con la Salud que durante el régimen sandinista. Pero la mayoría del dinero ha estado ligado a los objetivos políticos de los donantes. USAID concedió 14 millones de dólares para servicios de salud a los «contras» que regresaban de Honduras, y varios millones de dólares más a través de organizaciones estadounidenses conservadoras. El Banco Mundial ha invertido dinero en modernizar hospitales públicos añadiendo lujosas alas privadas, donde quienes tienen dinero para

una atención médica de «primera clase» pueden ahora pagarla según un sistema de «recuperación de costes». La idea es que, cobrando a los clientes más ricos, los hospitales se harán autosuficientes y las ganancias pueden ayudar a cubrir los costes de los servicios para los pobres. Pero, según la activista de salud María Zúñiga, en realidad «los pobres, cuando van allí, puede que tengan que esperar sentados tres días o morir, mientras [el personal del hospital] atiende a la gente que tiene dinero para pagar.»³⁹

Mientras tanto, los precios de las medicinas de necesidad urgente también han quedado fuera del alcance de los pobres. Debido a la presión del Norte para la liberalización del mercado, la Política de Medicinas Esenciales iniciada por los sandinistas ha sido en gran parte desmantelada. Como consecuencia, un porcentaje creciente de unos salarios cada vez más bajos está siendo gastado en medicinas inútiles, caras y a veces peligrosas. Cuando el gobierno de Chamorro retiró bruscamente las subvenciones para todas las medicinas, el precio de los medicamentos esenciales se multiplicó por cinco. Y desde que los Centros de Rehidratación Oral han comenzado a cobrar por los sobres de SRO, parece que el uso de esos sobres ha descendido.⁴⁰

Con la creciente brecha entre ricos y pobres, y la descentralización (o, más exactamente, desintegración) del sistema de salud, la participación popular en las iniciativas de salud del gobierno se ha debilitado notablemente. En las campañas nacionales de 1991, sólo participó aproximadamente la mitad de la gente que en los años anteriores. La cobertura de las vacunaciones también cayó, y en 1991 hubo un gran brote de sarampión.

En 1993, las cada vez peores condiciones de vida y de salud de las comunidades pobres comenzaron a anular el progreso que los sandinistas habían conseguido al bajar la tasa de mortalidad infantil. En los 8 primeros meses de 1993 murieron casi un 20 por ciento más niños que en todo 1992.⁴¹ Muchas de las muertes adicionales fueron atribuidas a enfermedades diarreicas como el cólera, que ahora parece haberse hecho endémico a causa del deteriorado saneamiento. Igualmente, la mortalidad materna, que había caído fuertemente durante los años del Sandinismo, se elevó un 50% entre 1991 y 1993.⁴² *Witness for Peace* (Testigos para la Paz), un grupo de apoyo a la no-violencia y los derechos humanos en Latinoamérica, resume así lo que está ocurriendo:

«Hoy, en Nicaragua, centenares de niños están en las calles -vendiendo chicles y cigarrillos u oliendo pegamento para olvidar su hambre- en vez de estar en las escuelas. Más del 60% de sus padres están desempleados. La atención de salud y los servicios sociales, que una vez alcanzaron a todos los ciudadanos, ahora están dejando de existir a causa de los grandes recortes en el gasto exigidos a Nicaragua por las agencias internacionales de préstamo para tener acceso a créditos. *Estados Unidos determina las políticas* de esos bancos internacionales.»⁴³

¿Por qué Estados Unidos consideró a la Nicaragua Sandinista una amenaza para su seguridad nacional?

¿Por qué el gobierno de EE.UU. estaba tan decidido a derribar a los sandinistas que estuvo dispuesto a violar descaradamente las leyes internacionales, hacer negocios secretos de armas con Irán, mentir al Congreso y a la población estadounidense, y traficar con cocaína dentro de Estados Unidos para financiar ilegalmente el envío de armas a los «contras»? ¿Cómo pudo la nación más poderosa del mundo considerar a una nación pequeña y empobrecida como Nicaragua una amenaza?

Según la organización no gubernamental OXFAM, Nicaragua suponía «la amenaza de un buen ejemplo». OXFAM, que ha trabajado en 76 países subdesarrollados, observó que durante el período en que los sandinistas estuvieron en el poder, «Nicaragua era [...] excepcional por el esfuerzo y compromiso del gobierno [...] en mejorar las condiciones del pueblo y de promover activamente su participación en el proceso de desarrollo.»⁴⁴ En palabras de José Figueres, padre de la democracia de Costa Rica: «Por primera vez, Nicaragua [tuvo] un gobierno que se ocupaba de su pueblo.»⁴⁵

Incluso el Banco Mundial, a principios de los años 80 (antes de que la Administración Reagan lo presionase para cortar todos los créditos a los sandinistas), calificó a los programas sociales sandinistas como «extraordinarios [...] en algunos sectores, mejores que en cualquier otra parte del mundo».

El peligro que Nicaragua planteaba para la estructura de poder económico mundial con base en Washington era «la amenaza de un buen ejemplo» -el ejemplo que daba a otros gobiernos progresistas y movimientos políticos de países del Tercer Mundo de un planteamiento alternativo de desarrollo que ponía en primer lugar las necesidades de los pobres-. Si un ejemplo así tuviera éxito podría volverse contagioso. Esto explica por qué funcionarios estadounidenses fueron citados en el *Boston Globe* diciendo que, aunque la campaña estadounidense de desestabilización no consiguiera una victoria militar completa, estarían «encantados con el debilitamiento que los `contras' estaban infligiendo al gobierno sandinista al forzarlos a invertir en la guerra y no en programas de carácter social». Después de todo, los programas sociales sandinistas eran el corazón de su «buen ejemplo».⁴⁶

Pese a todas sus imperfecciones, la Nicaragua Sandinista sirvió de prototipo viviente para estrategias de salud y desarrollo basadas en las necesidades en vez de en la codicia. El gobierno de Estados Unidos no intentó aplastar el gobierno sandinista porque fuese *antidemocrático*, sino porque era *demasiado democrático*. Respondía más a las necesidades de sus ciudadanos comunes -en particular a las necesidades de los pobres- que los regímenes del Tercer Mundo apoyados por Estados Unidos (o que Estados Unidos). Por tanto, suponía una amenaza para el orden regional y mundial establecido.

Noam Chomsky, hablando del ataque estadounidense a los sandinistas y a otros movimientos populares de Centroamérica, concluye que:

«Los logros estadounidenses en Centroamérica en los últimos 15 años constituyen una enorme tragedia, no sólo por el espantoso coste humano, sino también porque hace una década hubo un proyecto de progreso hacia una verdadera democracia y la satisfacción de las necesidades humanas en El Salvador, Guatemala y Nicaragua.

»Estos esfuerzos podrían haber dado fruto y haber enseñado valiosas lecciones a otros países con problemas similares -lo cual, por supuesto, aterrorizaba a los políticos estadounidenses-. La amenaza ha sido abortada con éxito, quizá para siempre.»⁴⁷

Ahora, a pesar de la temible realidad que encara, los nicaragüenses no se han rendido en su lucha por la salud. Ante el fracaso de los últimos gobiernos en responder a sus necesidades, están de nuevo comenzando a asumir la atención de salud por sí mismos. En vez de trabajar junto al gobierno como solían hacer, protestan contra su negligencia. Grupos de autoayuda de mujeres han empezado a organizarse. Con la ayuda de unas pocas agencias progresistas de voluntarios que aún permanecen, algunas comunidades han comenzado de nuevo a capacitar a brigadistas no gubernamentales como hicieron en los días de Somoza.

La elección de Arnoldo Alemán como presidente en octubre de 1996 asentó aún más la política económica neoliberal y, al mismo tiempo, intensificó la resistencia del pueblo y su lucha por las necesidades básicas y la justicia. La revolución, de alguna manera, continúa en Nicaragua; y lo hace entre la gente marginada y empobrecida de todo el mundo. Pero las fuerzas contra las que han de luchar son ahora mundiales.

Salud para Nadie o Salud para Todos:

La Necesidad de un Esfuerzo Unificado desde Abajo

La Historia es el relato largo y trágico del hecho de que los privilegiados no ceden sus privilegios voluntariamente.

-Martin Luther King, Jr., carta desde la Prisión de Birmingham

- [La evolución de la responsabilidad social](#)
- [Hacia una sociedad más saludable](#)
- [Estableciendo las bases para el cambio](#): una estrategia para la mejora de la Salud
- [Cómo pueden los trabajadores de la salud actuar como agentes de cambio](#)
- La necesidad de un [frente popular unido por la salud mundial](#)
- Sociólogos africanos se unen a favor de [una alternativa orientada a la equidad](#)
- [Declaración de Ukunda](#) sobre Política Económica y Salud
- El [Consejo Internacional para la Salud del Pueblo](#) (CISP)

La evolución de la responsabilidad social

En la última parte de este libro nos hemos fijado en cuatro iniciativas, grandes y pequeñas, que han intentado hacer frente a las necesidades sanitarias de los desfavorecidos de manera justa y participativa. Ninguna estaba libre de defectos ni de contradicciones. Pero cada una representaba una estrategia alternativa orientada a la equidad que buscaba que la gente tomara conciencia para encarar sus problemas de salud inmediatos y, a la vez, sembrar las semillas de unas estructuras sociales más justas y saludables.

Sin embargo, cada una de estas iniciativas encontró obstáculos surgidos desde la estructura mundial de poder. Hoy esta estructura está tan omnipresente que es difícil para cualquier pueblo o nación trazar su propio rumbo autónomo hacia la salud y el desarrollo. Hemos visto cómo la deteriorada situación económica de muchos países del Tercer Mundo, empeorada por la asombrosa deuda externa y las políticas de ajuste estructural, ha rebajado aún más el nivel de vida de las familias

pobres y de sus niños. Al mismo tiempo que bajan los salarios netos, el gasto de los gobiernos en servicios sociales se está reduciendo drásticamente.

Esta grave situación amenaza con dar marcha atrás al progreso social logrado a duras penas durante la era moderna. En los dos últimos siglos, las semillas de la responsabilidad social han enraizado poco a poco, junto a una ética emergente de justicia, equidad y bienestar a los que todos tienen derecho. La esclavitud ha sido prácticamente abolida, y el racismo ha perdido sus apoyos legales y es menos admitido socialmente.

Más relevante es que, durante el último siglo, surgió gradualmente una actitud de responsabilidad colectiva según la cual se esperaba que aquellos con más recursos económicos contribuyeran al bien común y al bienestar de los que tienen menos. Bajo este espíritu, se institucionalizaron los impuestos progresivos para asegurar que estuvieran cubiertas las necesidades básicas de todos los ciudadanos. El sentido comunitario de gran familia -que se había reducido al núcleo familiar durante el desarrollo de la civilización occidental- reapareció en forma de responsabilidad cívica. Al hacerse más evidente la interrelación entre todas las vidas y sucesos del planeta, se ha ido tomando conciencia de la necesidad de una comunidad mundial interactiva y solidaria. Las eco-crisis actuales (tanto económicas como ecológicas) hacen más urgente que nunca la construcción de una comunidad mundial equilibrada y sostenible.

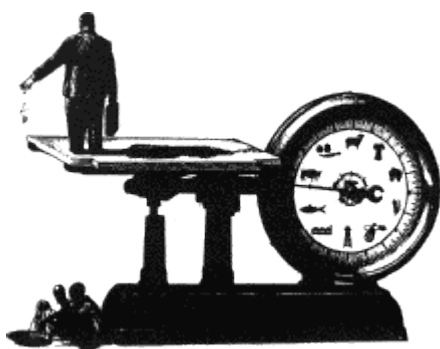
Un momento clave en la evolución de esa conciencia social fue la creación de las Naciones Unidas en 1945, con sus diversas agencias y cartas de derechos para proteger a los grupos vulnerables (niños, mujeres, refugiados, pobres, etc.). En décadas recientes hemos presenciado un cambio gradual hacia una concepción del desarrollo basada en las necesidades básicas. En 1978, la Declaración de Alma Ata proclamó que la salud era un derecho humano básico. Las naciones del mundo confirmaron la Atención Primaria de Salud como una estrategia para alcanzar la meta utópica de *Salud para Todos*.

Sin embargo, a medida que se acerca el año 2000, el objetivo de Salud para Todos se hace más lejano a pesar de las grandes campañas para lograrlo. Es cada vez más evidente que el mayor obstáculo para lograr unos niveles satisfactorios de salud es el injusto orden económico mundial, dominado por las empresas multinacionales.⁴⁸ Al no afrontar este hecho central, las estrategias de salud y desarrollo promovidas por la clase dominante son meras vendas en las heridas de la injusticia social.

Como las estructuras de poder del Norte, en alianza con la elite del Sur, se han unido en un frente común mundial, las iniciativas alternativas progresistas de salud y desarrollo han encontrado cada vez más dificultades para sobrevivir. Hasta hace poco, todavía era posible para la gente de una pequeña comunidad o país llevar a cabo estrategias alternativas de salud y desarrollo que pudieran lograr mejoras importantes en el bienestar de los ciudadanos -y de los niños-. Hoy día esta autonomía se ha hecho virtualmente imposible.

Hacia una sociedad más saludable

No hay respuestas fáciles a la pregunta de cómo satisfacer las necesidades de los niños pobres y marginados. Es mucho más fácil analizar las causas de la alta mortalidad infantil que encontrar soluciones factibles. Muchos analistas sociales están de acuerdo en que para corregir las causas primeras de la alta mortalidad infantil es necesaria una transformación drástica del actual orden social, tanto dentro de los países como a escala mundial.



La tesis que subyace en este libro es que la salud para todos sólo se puede lograr mediante una distribución más justa de la riqueza, los recursos, las oportunidades y, en último término, del poder. Si esto es así, ¿cómo se pueden realizar los profundos cambios sociales necesarios para realizar este objetivo? Hay personas desfavorecidas y gente comprometida de todo el

mundo buscando formas de forjar una vía alternativa de desarrollo que nos lleve a una comunidad mundial más sana, más compasiva y más sostenible. Aunque no hay un mapa de ruta, podemos examinar brevemente algunos intentos en marcha de encontrar un camino hacia adelante.

La historia y el sentido común nos dicen que las personas y grupos con intereses creados raramente ceden sus posiciones privilegiadas sin lucha. Los cambios necesarios sólo pueden lograrse a través de un movimiento popular organizado por el cambio social. Pero dado el carácter mundial del orden económico vigente, este movimiento no puede esperar imponerse a menos que también mundialice su radio de acción. Paradójicamente, para asegurar la vinculación a su región desfavorecida, este movimiento debe permanecer diversificado, descentralizado y mantenido localmente. El eslogan «piensa globalmente y actúa localmente» nunca ha sido tan oportuno.

Para ser más eficaz, cualquier esfuerzo por reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los grupos más vulnerables del mundo, incluyendo a los niños, tendrá que ser holístico e integral. Los ciudadanos deberán afrontar sus problemas en todos los niveles, desde el local al internacional, y llegando más allá de los límites del sector oficial de la salud. Las siguientes sugerencias para la acción están extraídas de experiencias de diversos activistas, defensores de la causa y organizadores de comunidades de todo el mundo.

Estableciendo las bases para el cambio: una estrategia para la mejora de la Salud

- Asegúrese de que los intentos por mejorar la situación de las personas desfavorecidas animen su participación activa y fomenten su autonomía.
- Tenga cuidado de que tales intervenciones sean realizadas de manera que faciliten la equidad, el reparto de poder y la resolución de problemas en grupo.
- Tenga cuidado con las recomendaciones, tecnologías y fuentes de financiación que aumenten la dependencia o la sumisión incondicional.

Como hemos visto, incluso una intervención de parcheo como la terapia de rehidratación oral puede introducirse de manera que fomente la autosuficiencia y ayude a la gente a analizar y resolver colectivamente sus problemas. El proyecto piloto para el control de la diarrea de Mozambique, que permite la participación de escolares en la investigación, es un buen ejemplo. Cuanto mayor sea el número de miembros de la comunidad -especialmente entre los más marginados- que participe en la planificación, ejecución y evaluación de un proyecto, más probable será que sea capaz de fomentar un cambio saludable.

Cuando valore cualquier iniciativa, considere no sólo el impacto en la salud a corto plazo, sino también las consecuencias a largo plazo para el cambio social. Trate de contestar las siguientes preguntas:

- ¿Ayuda esta iniciativa a que la gente logre más control sobre su salud y su vida?
- ¿Les ayuda a desarrollar la confianza y habilidad colectiva para resolver sus propios problemas y defender sus derechos?
- ¿Ayuda a los más desfavorecidos a adquirir las habilidades analíticas, organizativas, comunicativas y de otro tipo que necesitarán para defender sus derechos?
- ¿Refuerza la base económica o incrementa la influencia política de los miembros más débiles de la comunidad respecto a los más fuertes?
- ¿Facilita o impide los cambios estructurales a largo plazo necesarios para lograr mejoras importantes y duraderas en la salud?

Uno de los autores, David Sanders, ha esbozado una estrategia que los trabajadores de la salud progresistas pueden seguir para poner las bases de la transformación del sector sanitario y de la sociedad en su conjunto:

CÓMO PUEDEN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD ACTUAR COMO AGENTES DE CAMBIO

El modelo actual de servicios médicos y de salud del Sur -como en el Norte de donde proceden- está determinado y dominado por las influencias unidas de la profesión médica, los intereses comerciales y el Estado. Los consumidores de la atención de salud son relegados al papel de receptores pasivos (objetos) en lugar de participantes activos (sujetos) en la toma de decisiones sobre la salud.

Es evidente que hay que inventar formas de cambiar esta relación de fuerzas. Para mejorar los niveles generales de salud, especialmente entre los miembros menos favorecidos de la sociedad, las iniciativas comunitarias de salud deben formar parte de un proceso más amplio dirigido a estimular un cambio social de progreso. Es cierto que el carácter esencial de la atención de salud sólo se cambiará cuando se transforme el sistema económico y político actual. Pero, introducir cambios en el equilibrio del poder dentro del sector de salud -mediante ciertas reformas básicas-, puede ayudar a crear una presión popular para una transformación social a fondo. Aumentar el poder de los no-profesionales dentro del sector de la salud es parte necesaria de la lucha por el control popular de todas las áreas de la sociedad.

Posibles propuestas para mejorar y democratizar el sector sanitario tanto en los países desarrollados como subdesarrollados incluyen:

- *lucha por el control democrático de la atención de salud mediante representantes de la mayoría del pueblo en lugar de por los designados por el estado;*
- *disminución del monopolio de la profesión médica sobre el conocimiento médico, que les permite mantener un control sobre la atención de salud;*
- *limitación de los abusos de las empresas médicas exponiendo sus operaciones a la vista del público.⁴⁹*

1. Sugerencias para los que participan en la promoción de la Salud, o tienen cualquier forma de influir en ella:

Los promotores de salud comunitarios (PSCs) pueden representar un papel clave en la estrategia anteriormente indicada. Los promotores de salud están en una posición excelente para actuar como agentes del cambio, especialmente si son formados para utilizar un planteamiento capacitador y se les da el poder para facilitar la toma autónoma de decisiones en sus comunidades.

Es más probable que una iniciativa de salud sea liberadora si los PSCs son seleccionados de manera democrática y son apoyados y remunerados por la comunidad en la que trabajan. Esto es así por dos razones. Primero, es más probable que el PSC se sienta responsable de la gente que la profesión médica o el Estado. Segundo, es más fácil para los PSCs desmistificar y difundir sus habilidades si los miembros de la comunidad los ven como «uno de nosotros». El PSC local también puede ayudar a la gente a analizar su situación y a darse cuenta de que muchos de sus problemas de salud radican en sus condiciones de vida y de trabajo y en otros factores sociales. Esto hace que los miembros de la comunidad tomen conciencia de su situación, al permitirles reconocer los orígenes de su falta de salud.⁵⁰

Es verdad que el papel más importante del promotor de salud es preventivo, pero esta labor debería ser preventiva en el sentido más completo de la palabra. En último término, el promotor debería ayudar a poner fin a las injusticias opresoras y a que su pueblo -como individuos y como comunidad- se libere a sí mismo, no sólo de la explotación y opresión externa, sino también de su propia cortedad de vista, su avaricia y su inutilidad. Citando un eslogan de la Asociación de Trabajadores de Salud de Sudáfrica (una coalición independiente que ayudó a dirigir la lucha contra el *apartheid*): «*La lucha por la salud es una lucha por la liberación.*»

2. Sugerencias para profesores, escritores y comunicadores (y de una u otra manera todos somos comunicadores):

Infórmese tan bien como pueda sobre los principales problemas a los que se enfrenta la humanidad, especialmente aquellos que comprometen la salud y el bienestar de los niños y otros grupos vulnerables. Trate de ver cómo estos problemas están relacionados, por qué el orden social actual no ha conseguido resolverlos y qué impide a las personas que sufren las injusticias del orden establecido rebelarse contra él.

Puede informarse mejor sobre estos temas leyendo y conversando con fuentes fiables. Pero recuerde, los medios de comunicación pueden distorsionar esa información. Incluso donde la prensa es oficialmente libre, como en Estados Unidos, la realidad económica dice otra cosa. Muchos de nosotros, por ejemplo, no podemos expresarnos por televisión, radio o a través de la prensa. Los individuos y empresas que poseen los medios de comunicación (que se están concentrando cada vez en menos manos) forman parte de la estructura de poder mundial. Los gobiernos y los ricos cuentan con los canales de comunicación más importantes para dibujar una realidad distorsionada e incompleta (de hecho, ésta es una de las herramientas más eficaces de control social que la elite dominante tiene a su disposición). Así pues, tal vez sea más razonable confiar principalmente en la prensa alternativa.

Pero cualquiera que sea la fuente de información, «mastique antes de tragar». Analice críticamente todo lo que lea o le digan. Tenga en cuenta la procedencia, los prejuicios del autor y si la información encaja con sus propias experiencias y observaciones, y si tiene sentido.

A medida que esté mejor informado, comparta lo que está aprendiendo con otros. Ayude a la gente a que comience a hacer preguntas lanzando cuestiones como: «¿Por qué las políticas actuales de salud y desarrollo no traen ni salud ni desarrollo para las cada vez más numerosas personas desamparadas?» «¿Por qué la brecha entre los que tienen y los que no tienen se abre cada vez más?» «¿De qué maneras tienen estas tendencias su origen en el orden económico y el modelo de desarrollo actuales?» Solamente cuando suficientes personas comiencen a pensar de forma crítica sobre su situación actual podrá lanzarse un movimiento eficaz por un sistema más justo, equitativo y democrático.

Al final de este libro, encontrará una pequeña lista comentada de lecturas sobre «Políticas de Salud». Algunos de los temas tratados van más allá de la supervivencia infantil, la atención primaria de salud o incluso temas sobre desarrollo. Los factores políticos, sociales y económicos tratados en estas publicaciones tienen un impacto mucho mayor sobre la supervivencia y el bienestar de los niños que todas nuestras limitadas intervenciones de salud juntas. (Para los que estén interesados, una *Lista Comentada de Lecturas sobre Políticas de Salud* más amplia, actualizada anualmente, está disponible en HealthWrights y en el Consejo Internacional para la Salud del Pueblo.)

3. Si es usted activista, organizador de la comunidad, miembro de un grupo de personas desfavorecidas o un ciudadano comprometido que trabaja por el cambio:

Anime a sus vecinos y compañeros de trabajo a pensar globalmente y actuar localmente. Analice colectivamente las causas de las penurias y la falta de salud actuales, reflexione sobre las raíces de estos problemas y las posibilidades de cambio y explore formas de realizar acciones colectivas. Pero esté preparado para encontrar fuerte oposición.

Recuerde que cuando los desfavorecidos -o incluso miembros de la clase media- defienden sus derechos, corren el riesgo de desencadenar una reacción represiva por parte de la estructura de poder local, nacional o mundial. Después de todo, no es probable que la elite ceda o comparta el control de la toma de decisiones sin luchar. Iniciar un enfrentamiento sin una preparación suficiente puede ser desastroso. Generalmente, es más prudente construir la confianza y las habilidades del grupo poco a poco, a través de una serie de actividades que no creen conflictos, *antes que* desafiar directamente a la estructura de poder local. Recuerde que la fuerza radica en el número. Esto es

especialmente cierto para los grupos que tradicionalmente no han tenido poder.

Forje alianzas con otros grupos que luchan por sus derechos



Como hemos observado, la elite mundial ya ha unido sus fuerzas para formar un frente común: un Nuevo Orden Mundial dedicado a mantener las desigualdades del orden establecido. Siguen una estrategia de «divide y vencerás», diseñada para enfrentar a los grupos marginados entre sí. Por tanto, es esencial que las personas de diferentes estratos socioeconómicos, creencias, etnias, nacionalidades y áreas de interés dejen de lado sus prejuicios, acaben con sus disputas y encuentren sus puntos comunes.

Debemos aprender a respetar nuestras diferencias y trabajar juntos para hacer realidad la meta compartida de un orden social más saludable. Todos los que estamos trabajando por el cambio -trabajadores de la salud progresistas, defensores de los derechos humanos, reformadores sociales, sindicalistas, feministas, teólogos

de la liberación, ecologistas y activistas que trabajan en cuestiones que van desde el desarrollo al desarme, desde la lactancia materna al uso racional de los medicamentos- estamos luchando en la misma guerra en frentes diferentes. Esta idea está muy bien recogida en una cita de Samora Machel, el difunto presidente de Mozambique:

*La solidaridad no es un acto de caridad. Es un acto de unidad entre aliados que luchan en diferentes terrenos por los mismos objetivos.*⁵¹

La necesidad de un frente popular unido por la salud mundial

*Nuestro desafío histórico es añadir, tamizar, batir, condimentar, amasar y, de esta manera, fundirnos todos, con el tiempo, en un auténtico poder político del pueblo.*⁵²

-James Hightower

Dado el frente común de la estructura de poder mundial, es imperativo que las coaliciones y redes de trabajo progresistas regionales, nacionales y mundiales movilicen a la gente para exigir un orden mundial más equitativo y saludable. Son importantes tanto las coaliciones Sur-Sur como Sur-Norte.

Ya se han formado unas cuantas redes Sur-Sur en torno a temas como salud, desarrollo, protección del consumidor y comercio. Las coaliciones Sur-Norte son igualmente esenciales. Colectivos de parados, explotados, sin techo y demás grupos desfavorecidos del Norte tienen que formar nexos de unión con los grupos oprimidos del Sur, reconociendo que su lucha es, en realidad, la misma.

Después de todo, la brecha entre ricos y pobres está aumentando en los países desarrollados tanto como en los subdesarrollados. La tendencia mundial es asombrosa. En 1960 la razón entre los ingresos medios del 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial era de 30 a 1. En 1991 esta razón era de 61 a 1.⁵³ Funcionan las mismas fuerzas de explotación y control social en el Tercer y en el Primer Mundo, aunque a veces se expresan de formas diferentes. Así pues, las personas desfavorecidas y comprometidas de todas las sociedades deben trabajar juntas por una causa común.

Al Senturias del *Asia-Pacific Task Force on Human Rights* (una organización de Derechos Humanos) plantea que, en tanto en cuanto las instituciones financieras internacionales dicten -y los

gobernantes ejecuten- políticas que originen desempleo masivo, salarios bajos e injustos y pérdida de control de los campesinos sobre la tierra y los recursos, nunca habrá avances en los derechos o la salud de nuestros pueblos. Como ya ha hecho el equipo de salud de Piaxtla y muchos otros, Senturias se da cuenta de que las fuerzas globales violan y obstruyen cada vez más la autonomía local. Senturias resalta la necesidad de una lucha unida desde abajo por unas estructuras sociales más sanas:

«Hemos visto que tan pronto como el pueblo se organiza, tan pronto como se reúne, se manifiesta y marcha unida, también sufre la mano de hierro del gobierno, de nuevo siguiendo las órdenes de esas injustas estructuras económicas y políticas que son dictadas e instigadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.

»No se puede hablar de derechos humanos [o derechos sobre la salud] para todos, mientras permanezca intocable la influencia neocolonial sobre las estructuras económicas y políticas del Tercer Mundo.

»Para garantizar que los derechos humanos sean respetados, tenemos que movilizar colectivamente las fuerzas pueblos enteros, no mediante un golpe de estado o con la llegada al poder de algún partido político en uno u otro país. Me refiero a la educación y movilización de toda la población para transformar la sociedad de manera que esté verdaderamente en manos del pueblo. Sólo de esta forma las propias personas serán capaces de decidir su propio futuro y de disfrutar de los derechos que les corresponden, de tener dignidad como seres humanos.»⁵⁴

En muchas partes del mundo -especialmente en el Sur-, activistas, miembros de movimientos populares de salud y organizadores de base asimismo concluyen que: «Tenemos que movilizar de manera colectiva las fuerzas de la mayoría popular.» Para cambiar el curso del desarrollo de forma que responda a las necesidades de todo el pueblo, deben participar más personas con energía. Esto quiere decir que la estructura de poder mundial tan peligrosamente antidemocrática de hoy debe ser reemplazada por un proceso democrático realmente participativo.

Sociólogos africanos se unen a favor de una alternativa orientada a la equidad

En ningún otro continente es la crisis de la salud y el desarrollo tan grave como en África. En un artículo titulado «Del Desarrollo a la Crisis Continua: Ajuste Estructural, Equidad y Salud» los autores, que son sociólogos y trabajadores de la salud, sostienen que:

«La crisis económica del África sub-sahariana no puede entenderse fuera del contexto del legado del colonialismo y la formación de clases. Los programas de ajuste estructural sirven para exacerbar las desigualdades y amenazan con anular los logros sociales de la mayoría obtenidos tras la lucha por la independencia. En tales circunstancias, los sociólogos tienen la responsabilidad social de posicionarse contra las políticas actuales que han provocado un empeoramiento sin precedentes de la salud de los pobres; sus habilidades deben ponerse a disposición de los oprimidos con la idea de dar voz a las experiencias y necesidades de la mayoría.»⁵⁵

En consonancia con el compromiso anterior, en la primera Conferencia Regional sobre Ciencias Sociales y Medicina, sociólogos y trabajadores de la salud de varios países africanos redactaron lo que se conoce como la [Declaración de Ukunda](#).⁵⁶ Esta Declaración abarca, brevemente, gran parte del análisis incluido en este libro, y concluye con la petición de un cambio estructural radical. Porque supone un excelente resumen de mucho de lo que hemos intentado decir, y porque es un primer paso muy importante de unos profesionales comprometidos para adoptar una postura común

a favor de una estrategia alternativa de desarrollo basada en la justicia social y las necesidades humanas, incluimos la **Declaración de Ukunda** completa en la siguiente página [238].

Entre otras acciones, los grupos progresistas deben esforzarse en reestructurar, reordenar y concienciar a las Naciones Unidas -incluyendo OMS, UNICEF, PNUD y el Tribunal Internacional de Justicia- para que protesten contra las trabas mundiales a la salud y al bienestar. Es urgente que organismos como las Naciones Unidas y las ONGs tomen una postura común e independiente en defensa de los derechos de todas las personas -incluso si esto supone desafiar a Washington y a las grandes empresas y sufrir por ello recortes drásticos en sus actuales presupuestos.

Con el fin de trabajar por una comunidad mundial más sana, se ha ido formando un amplio espectro de grupos y redes internacionales. Sus actividades se centran en intereses tan diversos como los derechos humanos, los derechos del niño y de la mujer, de las minorías étnicas, de los discapacitados, de los pobres, de los trabajadores, los derechos civiles, de los inmigrantes y refugiados, de los homosexuales, y la reforma legislativa y penal, además de asuntos relacionados con la salud, el desarrollo, la educación, las comunicaciones, la protección del medio ambiente, la economía alternativa, el comercio justo, el control del armamento y el seguimiento escrupuloso de las industrias multinacionales, las organizaciones de las ONU y las instituciones financieras internacionales. Es importante la acción organizada en torno a cada uno de estos asuntos para construir un orden social más sano y justo. Pero, ya que todos estos asuntos están interrelacionados -y la fuerza reside en la unidad que respeta las diferencias- deben formarse alianzas y solidaridad entre estas redes y movimientos.

Las dos grandes redes de trabajo con las que los autores están más familiarizados son la *Third World Network* o *TWN* (Red del Tercer Mundo), con base en Malasia, y el Consejo Internacional para la Salud del Pueblo (CISP) en Nicaragua. La idea del CISP surgió de un encuentro sobre «La Atención de Salud en las Sociedades en Transición» en Managua (Nicaragua) en diciembre de 1991. Los fundadores son activistas por el derecho a la salud y líderes de programas progresistas de salud en comunidades de África, Sudeste Asiático, Lejano Oriente y América Latina. El CISP tiene lazos estrechos con la *TWN* y un subgrupo de ésta llamado la *People's Health Network* (Red para la Salud del Pueblo). Los principales autores de este libro, David Werner y David Sanders, son los coordinadores regionales del CISP para Norteamérica y África, respectivamente.



EL CONSEJO INTERNACIONAL PARA LA SALUD DEL PUEBLO (CISP)

The International People's Health Council (IPHC)

¿Qué es? El Consejo Internacional para la Salud del Pueblo es una coalición mundial de iniciativas populares de salud y grupos y movimientos socialmente progresistas comprometidos en trabajar por la salud y los derechos de los desfavorecidos [...] y en último término de todas las gentes. La idea del CISP es avanzar hacia la salud para todos -tomando la salud en su amplio sentido de bienestar físico, mental, social, económico y medioambiental-. Creemos que:

- La Salud para Todos sólo se puede conseguir mediante **DEMOCRACIA PARTICIPATIVA** (el poder del pueblo para tomar decisiones), **EQUIDAD** (en cuanto a igualdad de derechos y necesidades básicas para todos) y **RESPONSABILIDAD** de los gobiernos e industrias, con

- una fuerte implicación de la gente corriente en las decisiones que afectan a sus vidas.
- Las políticas de las estructuras de poder de hoy -atadas como están a poderosos intereses económicos- han contribuido mucho a precipitar y empeorar la actual crisis social, económica, medioambiental y sanitaria de la humanidad. Los que prosperan bajo estructuras sociales injustas se resisten al cambio; además, tienen gran poder y alcance mundial. Por eso hoy, los cambios hacia un orden mundial más saludable deben de ser encabezados por un movimiento popular mundial lo bastante fuerte y bien coordinado como para poder forzar a la clase dominante a escuchar y, finalmente, ceder.

El CISP trata de facilitar el intercambio de información, experiencias, métodos y recursos entre un gran abanico de personas y coaliciones implicadas en la promoción de la salud y orientadas hacia la concienciación y la autosuficiencia. Su objetivo es contribuir a formar una base amplia de poder colectivo que pueda influir para cambiar las injustas e insanas estructuras sociales a escala local, nacional e internacional.

¿Quién puede participar? El CISP no tiene un registro oficial de miembros. Es una coalición informal de personas y grupos que se identifican con su objetivo y desean participar. Aunque la mayoría de los fundadores del CISP son del Sur, pensamos que el CISP debería ser una red Sur-Norte que incluya la lucha por la salud y los derechos del creciente número de personas pobres y desfavorecidas, tanto en los países subdesarrollados como en los desarrollados.

Si desea saber más acerca del CISP, su plan de acción, futuros encuentros, publicaciones, o si quiere unirse a la red o ayudar tanto con proyectos como con donaciones, por favor póngase en contacto con:

Coordinadora General y para Latinoamérica

María Hamlin Zúñiga
CISAS
Apartado #3267
Managua
Nicaragua

Europa, Australia, etc.

Pam Zinkin
45 Anson Road
London 47 O AR
Reino Unido (UK)

África

David Sanders
UWC Public Health Programme
P. Bag X17
Bellville
Capetown 7535
Sudáfrica

Norteamérica

David Werner
HealthWrights
964 Hamilton Avenue
Palo Alto, CA 94301
USA

Lejano Oriente

Mira Shiva
A - 60 Hauz Khas
New Delhi, 110016
India

Oriente Próximo
Mustafa Barghouthi
P.O. Box 51483
Jerusalem
Israel

*Se refiere a billones estadounidenses (miles de millones). En muchos países un billón equivale a un millón de millones.

DECLARACIÓN DE UKUNDA SOBRE POLÍTICA ECONÓMICA Y SALUD

13 de septiembre de 1990

1. La reciente historia colonial de África, fruto del subdesarrollo capitalista y, más recientemente, de la recesión, la deuda y el impacto de las políticas de ajuste estructural (PAEs) han afectado severamente a la salud y a las oportunidades de supervivencia de la gran mayoría de la población. Hay una evidencia cada vez mayor de que la actual crisis económica y sus correspondientes respuestas (incluyendo las PAEs) han obstaculizado en gran medida la capacidad de la población africana, especialmente de los «grupos vulnerables», para mantener su ya insuficiente nivel de vida y un acceso mínimo a unos servicios sociales y de salud eficientes. Además, los logros de la independencia ya han sido en gran medida mermados.
2. Es bien sabido que la experiencia de la salud (y la enfermedad) es el resultado de influencias sociales, económicas, políticas y culturales. Hay grandes evidencias históricas que muestran que sin unas mejoras sostenidas en las condiciones socioeconómicas y el consiguiente nivel de vida, es improbable que se consigan y mantengan avances en la salud.
3. Tanto como resultado de la crisis económica como por consecuencia de las PAEs, hay sectores crecientes de la población que han sido marginados, desautorizados y que son cada vez más incapaces de cubrir sus necesidades básicas. Son principalmente trabajadores con salarios bajos de sectores oficiales y extraoficiales, un grupo creciente dentro de los campesinos. Dentro de estos grupos, son las mujeres y los familiares que dependen de ellas los que han sido más afectados. En resumen, la gran carga de estas políticas económicas está siendo soportada por los menos capacitados para llevarla.
4. Como respuesta a esta crisis, se ha extendido una creciente oposición popular en forma de saqueos de alimentos, huelgas y otras formas de protesta. Iniciativas de apoyo, como *Ajuste con Rostro Humano* del UNICEF o *Dimensiones Sociales del Ajuste* del Banco Mundial, han fracasado de manera manifiesta a la hora de afrontar las causas estructurales subyacentes, y ni siquiera han tenido éxito en su objetivo de mitigar los efectos de las PAEs. Peor aún, estas iniciativas pueden haber contribuido a oscurecer las bases fundamentales de esta crisis y, de esta forma, incapacitar aún más a los más vulnerables.
5. El núcleo de estos programas de «recuperación» postula el crecimiento dirigido a la exportación como estrategia no sólo para resolver la crisis económica a corto plazo, sino también crear las bases de un futuro desarrollo sostenible. Las experiencias de las últimas décadas demuestran -incluso durante la larga prosperidad de la posguerra- la falsedad de este modelo. De hecho, el seguimiento de este planteamiento, incluso en los países ricos, está conduciendo a una creciente estratificación y a un empobrecimiento de importantes capas de la sociedad. Más aún, la deuda acumulada sin precedentes, particularmente en Estados Unidos, subraya la quiebra de este planteamiento y, aún más, desplaza de manera cínica la carga real de esta deuda al mundo subdesarrollado por medio del FMI y el Banco Mundial, para mantener el valor del dólar y el alto nivel de

vida de la clase media estadounidense.

6. Estas políticas han sido ejecutadas (algunas veces de mala gana) por medio de los gobiernos africanos. Mientras estas políticas han tenido efectos nefastos sobre la mayoría de los africanos, unos pocos se han beneficiado de, entre otras cosas, la liberalización del comercio, la devaluación de la moneda y la reducción del valor real de los salarios. Más aún, estos grupos han salido relativamente indemnes de las reducciones drásticas del gasto social por la existencia de alternativas -por ejemplo, el sector privado en la sanidad, la educación y los servicios sociales.
7. Dentro del sector sanitario, iniciativas importantes y prometedoras como la Atención Primaria de Salud no han escapado a la influencia del «ajuste» en la realidad actual. Programas como la iniciativa en pro de la supervivencia infantil han sido interpretados de una manera técnica y estrecha, y en muchos países han sido reducidos a programas limitados, verticales y a menudo financiados externamente de inmunización y rehidratación. Incluso estas intervenciones limitadas han sido obstaculizadas en su ejecución por los efectos de la crisis económica -falta de transporte, material de repuesto, equipamiento, vacunas, medicinas y ahora incluso salarios-. Esta situación ha conducido al desarrollo y promoción de iniciativas tales como el «reparto de costos» y la «Iniciativa de Bamako», que supuestamente busca generar ingresos para «mejorar la calidad de los servicios» y promover la «participación de la comunidad» en la APS. Está quedando claro que tales programas están agravando la desigualdad, particularmente desde que la distinción entre la voluntad y la capacidad de pagar no ha sido prevista en el planteamiento de esta política. Aunque la puesta en marcha de estos programas ahorrará costes al sector público, es evidente que la crisis económica y las PAEs han desembocado en la rápida expansión del sector privado, donde el consumo de divisas para importaciones a menudo irracionales (medicinas innecesarias y caras para los menos necesitados) disminuyen la renta generada a través de las iniciativas de reparto de costes en el sector público.
8. Estos limitados planteamientos tecnocráticos y sin rumbo fijo en el contexto de la crisis han permitido cambios demográficos preocupantes y sin precedentes. Mientras en algunos países se ha logrado una reducción de la mortalidad infantil (probablemente transitoria), en muchos países del África sub-sahariana han aumentado los índices de desnutrición y morbilidad, y en algunos donde la recesión ha sido más severa, incluso la tasa de mortalidad ha comenzado a subir. Además, parece que se ha perdido el crucial contenido de movilización social de la APS, que contiene la solución para alguno de estos problemas.
9. Es evidente que la solución a largo plazo para esta crisis requerirá cambios estructurales fundamentales en los niveles nacional e internacional. Se sugiere que, entre otras, sean seriamente consideradas las siguientes opciones políticas:
 - Diversificación de la base productiva más allá del legado colonial.
 - Desarrollo de tecnologías autóctonas.
 - Fomento de la autosuficiencia alimentaria regional.
 - Aumento del gasto en agricultura y sectores sociales.
 - Protección del medio ambiente.
 - Fundación de un club de deudores que pueda discutir de forma unificada y desde una posición de relativa fuerza la cancelación de la

deuda.

La adopción de estas opciones requerirá voluntad política por parte de los gobiernos africanos. La mejor garantía para estas iniciativas tan audaces es la presión sostenida de la mayoría que ha sido tan adversamente afectada por esta crisis. Para que este proceso se inicie y se mantenga es imprescindible la democratización real de las estructuras políticas y sociales.

10. Una de las responsabilidades básicas de los científicos sanitarios y sociólogos es facilitar la iniciativa anterior. Aunque existen diversas áreas en donde es necesario investigar, tenemos la firme convicción de que, para que cualquier investigación tenga algún resultado político u operativo, los objetos de investigación deben convertirse en sujetos. De esta forma, la definición de la agenda de investigación y su ejecución debe surgir de un diálogo democrático entre los investigadores y los más afectados por la crisis actual. Las áreas de investigación deberían incluir un estudio del impacto producido por la crisis económica y las PAEs sobre:

- Las condiciones de vida de los más afectados.
- Desarrollo de programas de recuperación de costes y sus efectos sobre la equidad en el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud.
- Estratificación social, integración y violencia social.
- Organizaciones sociales y respuestas comunitarias en áreas relacionadas con la salud y el desarrollo.

CONCLUSIÓN A LA PARTE 4: La necesidad de una «revolución en pro de la calidad de vida infantil»

Como ya hemos comentado, la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil no ha podido reducir la mortalidad infantil a unos niveles aceptables. Ha hecho incluso menos por mejorar la calidad de vida de los niños empobrecidos, que continúa deteriorándose. Millones de niños viven en condiciones deplorables, sin acceso a una alimentación adecuada, agua, asistencia sanitaria y a otras necesidades básicas. Del mismo modo que los ricos sufren de enfermedades causadas por el exceso, los niños pobres son diezmados por la desnutrición crónica que atrofia sus cuerpos y sus mentes. Mientras tanto, la brecha entre los que tienen y los que no tienen continúa creciendo, al igual que la sobreexplotación de los recursos mundiales y la destrucción del medio ambiente. (Entre 1987 y 1993, el número de billonarios* se ha más que duplicado, de 98 a 233. Los 101 ciudadanos y familias más ricas controlan ahora una riqueza valorada en 452.000 millones de dólares. Esto es más que los ingresos totales anuales de toda la población de la India, Pakistán, Bangladesh, Nigeria e Indonesia juntas, que abarcan más de un cuarto de la población mundial.)⁵⁷

¿Qué se puede hacer para garantizar que todos los niños del mundo no sólo sobrevivan, sino que estén sanos en el sentido más completo de bienestar físico, mental, emocional y social? Lo que los niños del mundo necesitan y merecen desesperadamente es una *Revolución en pro de la Calidad de Vida Infantil*. Tal revolución debe ir más allá de la Atención Primaria de Salud Selectiva y las tecnologías de impacto rápido. Necesita una estrategia integral que abarque más allá del sector de la salud y luche contra las causas estructurales de la pobreza, la desnutrición y la falta de salud. Debe promover un modelo de desarrollo que dé más prioridad a cubrir las necesidades básicas de los pobres que a alimentar el crecimiento económico que beneficia sólo a los ricos. Este modelo debe asegurar que todas las familias tengan un sustento adecuado (ya sea tierra para trabajar o empleos con salarios justos y condiciones laborales saludables). El sector de la salud debe trabajar mano a mano con otros sectores sociales y económicos para asegurar que las necesidades y los derechos de las mujeres, los niños y otros grupos vulnerables sean puestos en primer lugar, no en último.

Para promover una salud sostenible, todos los niños y especialmente las niñas- deben ser motivados (y capacitados) para asistir a la escuela. El gasto completo de su educación debería ser costado mediante unos impuestos progresivos (no a través de cuotas por usuario que penalizan a los hijos de los pobres). Además, la enseñanza debe hacerse más aplicada y liberadora. Debería ayudar a los niños a aprender supervivencia básica y a adquirir destrezas, así como las habilidades más sofisticadas de resolución de problemas y de organización necesarias para analizar de manera colectiva las condiciones que determinan sus vidas y a actuar sobre ellas.

Resumiendo, una estrategia de salud que busque seriamente mejorar la calidad de vida de los niños debe ser astutamente política. Los cambios estructurales necesarios para una sociedad saludable probablemente sólo se consigan a través de la exigencia continua de un pueblo organizado e informado. Por lo tanto, la educación para la salud debe ser integral en un sentido ético, político y organizativo. Deben desarrollarse y hacerse fácilmente disponibles materiales educativos de concienciación, adaptados para que sean sencillos y atractivos para las personas con poca escolarización. Estos materiales pueden alimentar las habilidades de resolución de problemas que permitan a las comunidades solventar las necesidades relacionadas con la salud a corto plazo. Pero también pueden proporcionar instrumentos analíticos para buscar soluciones ante las necesidades fundamentales a largo plazo. Pueden ayudar a la gente a analizar por sí mismos las causas locales y mundiales de su precaria salud.

Sobre todo, una concepción integral de la salud y el desarrollo animará a los desfavorecidos de todo el mundo a tomar una postura conjunta, exigiendo responsabilidades a los gobiernos, a las Naciones Unidas (incluyendo OMS y UNICEF) y a las instituciones financieras internacionales. Solamente

cuando los que toman las decisiones y diseñan los planes de actuación sean responsables de sus hechos a través de un proceso de democracia participativa, podremos esperar de manera realista que sean atendidas las necesidades básicas de los niños del mundo.

Conseguir un orden social justo propicio para la salud necesitará nada menos que una sublevación mundial -una revolución global no violenta-. Podemos trabajar hacia la solidaridad global mediante un proceso de dos pasos. El primero es actuar en el nivel local, donde podemos ayudar a que la gente tome conciencia de las causas de sus problemas cotidianos y animarles a formular estrategias para mejorar su situación inmediata y defender sus derechos. El segundo es unir estas iniciativas

locales a grandes coaliciones nacionales e internacionales. Para tener posibilidad de éxito, este «movimiento para la salud del pueblo» debe ser tan global como el sistema que intenta transformar.

La lucha que tenemos que afrontar será una batalla ardua con una desventaja desalentadora. Pero, se gane o se pierda, la lucha por sí misma - con las amistades, las experiencias compartidas, las nuevas perspectivas y el crecimiento personal que conlleva- merece la pena. No debemos rendirnos. La responsabilidad de los líderes del mañana y el bienestar de los niños de hoy dependen de nuestros esfuerzos conjuntos.



*Se refiere a billones estadounidenses (miles de millones). En muchos países un billón equivale a un millón de millones.

APÉNDICE

El Papel del UNICEF y la OMS

El siglo XX será recordado en el futuro no como una era de conflictos políticos e inventos técnicos, sino ante todo como una época en la cual la sociedad humana tuvo el valor de plantearse como un objetivo practicable el bienestar de toda la especie humana.

-Arnold Toynbee, citado en el informe del UNICEF
Estado Mundial de la Infancia 1995 (p. 59)

Al revisar un borrador de este libro, algunos lectores expresaron dudas sobre la opinión de los autores respecto al UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Nos preguntaron si creemos que estas agencias de las n juegan un papel positivo o negativo a la hora de trabajar por los cambios estructurales necesarios para unas mejoras significativas y duraderas en la salud; y cómo de importante consideramos que debe ser el papel de estas agencias. Como respuesta a estas cuestiones, nos gustaría clarificar nuestra visión.

Aunque en ocasiones somos críticos con el UNICEF y la OMS, reconocemos que ambas agencias han realizado importantes contribuciones a la salud mundial, especialmente para los más necesitados. Ambas agencias tienen muchas personas entregadas, altamente cualificadas y bondadosas en sus plantillas. Las iniciativas que han encabezado han salvado millones de vidas, al menos de forma temporal.

Quizá la contribución más valiosa del UNICEF y la OMS haya sido ayudar a que gane aceptación la percepción relativamente novedosa de que *la Salud es un derecho humano básico* y promover la meta idealista de *Salud para Todos*. El concepto de *Atención Primaria de Salud* -como un planteamiento integral para cubrir las necesidades de salud de todas las personas mediante acciones participativas y equitativas- fue un gran paso hacia delante. Persuadir a los gobiernos del mundo para que aprobaran un planteamiento potencialmente tan revolucionario, al menos sobre el papel (en la Declaración de Alma Ata), fue un logro extraordinario.

Si hubieran recibido más apoyo de progresistas y menos interferencias de conservadores, y hubieran escuchado más a las organizaciones de base y movimientos populares por el cambio social, a lo mejor UNICEF y la OMS lo habrían hecho mucho mejor. Es una pena que no hayan resistido con más firmeza la presión de los gobiernos, elites ricas y empresas multinacionales.

Como hemos tratado en este libro, el UNICEF y la OMS no han cumplido muchas de sus metas. De hecho, las metas más antiguas y ambiciosas aparecen ahora más lejanas que nunca. Sobre todo en las naciones y comunidades más pobres, *muchos de los progresos logrados mediante tecnologías sanitarias limitadas han sido contrarrestados por las tendencias sociales regresivas*, recortes en los servicios públicos y una disparidad cada vez mayor entre ricos y pobres.

El modelo de desarrollo globalizado de libre comercio orientado al crecimiento de las últimas décadas ha presentado enormes obstáculos a los cambios sociales progresistas que algunos de los dirigentes del UNICEF y la OMS intentaron promover. Un alto funcionario del UNICEF reconoce que su agencia está «atada y amordazada».¹ Hay diversas razones para esto.

En primer lugar, la mayoría de los fondos del UNICEF y la OMS proceden de países ricos del Norte. No es sorprendente que las agencias prefieran besar a morder la mano que las alimenta. El gobierno de Estados Unidos -que proporciona más o menos una cuarta parte de los presupuestos del UNICEF y la OMS- ha amenazado repetidas veces con recortar su contribución si las agencias se

hacían demasiado políticas: es decir, si defendían los intereses de los pobres cuando chocaban con los de las grandes empresas, o si pedían con demasiada insistencia los cambios macroeconómicos necesarios para reducir la pobreza y lograr así progresos duraderos en la salud.² Los ejecutivos de las organizaciones de la ONU saben que esas amenazas son reales. Recuerdan lo que le ocurrió a la UNESCO (de la cual EE.UU. retiró todos sus fondos en 1984).

Tanto el UNICEF como la OMS han sido advertidos repetidas veces y, en ocasiones, castigados mediante reducciones o retrasos en la financiación por no seguir la línea marcada por los 5 Unidos.³ En la Parte 3, vimos como el gobierno de EE.UU. amenazó con recortar la financiación y con otras sanciones para obstruir los esfuerzos del UNICEF y la OMS por regular y restringir las insanas prácticas mercantiles de las multinacionales. Los ejemplos que citamos incluyen sucedáneos de la leche materna y el uso irracional de fármacos. Pero, como han descubierto muchos de los que elaboran las políticas de la ONU, el gobierno de EE.UU. ataca rápidamente cualquier iniciativa nacional o internacional que pretenda restringir, o simplemente cuestionar, la libertad del mercado mundial para anteponer su propio beneficio al del pueblo.

Hasta cierto punto, las acciones del UNICEF y la OMS también están constreñidas por los gobiernos del Tercer Mundo. Estas agencias temen que, si son demasiado críticas con las políticas de un país anfitrión, el gobierno tomará represalias cerrando sus oficinas de campo locales.⁴

Las empresas multinacionales también ejercen una presión indirecta sobre las agencias de la ONU al influir sobre funcionarios del gobierno. De forma más directa, algunas corporaciones famosas por sus prácticas comerciales sin escrúpulos han realizado sustanciosas donaciones a programas importantes de la ONU (véase pp. 104-105). Aunque las partes implicadas lo nieguen tajantemente, a veces esa «colaboración» puede influir en la formulación y la puesta en marcha de estrategias de salud de manera que favorezcan a las grandes empresas a expensas del bienestar de la infancia.

En un nivel más básico, el UNICEF y la OMS, como otras agencias de la ONU, representan a gobiernos de diferentes países, pero no a sus pueblos (al menos no directamente). Por desgracia, la mayor parte de los gobiernos -incluyendo los de la mayoría del Tercer Mundo- están controlados en gran medida por una elite social privilegiada. Estos gobiernos tienden a resistirse a las iniciativas sobre salud y desarrollo que trabajan en serio por una distribución más justa de los recursos y del poder de decisión.

En el nivel más fundamental, el UNICEF y la OMS tienen limitada su defensa de los pobres por el hecho de que ellas mismas son parte de la estructura de poder dominante. Una muestra de esto es el hecho de que muchos altos funcionarios de estas organizaciones se encontraban antes en puestos de alto nivel de gobiernos del Primer Mundo o de grandes empresas. Con frecuencia, los directores generales de la OMS y del UNICEF representan a las naciones más poderosas (como Japón y Estados Unidos), y son elegidos tras campañas de presión por parte de sus respectivos gobiernos, a pesar de las fuertes protestas de los países menos poderosos y de ONGs del Norte y del Sur.

Por diversas razones, como acabamos de mencionar, el UNICEF y la OMS han seguido con frecuencia el camino más cómodo. Incapaces de llevar a la práctica de forma eficaz su cautelosa petición de un orden social y económico mundial más justo, suelen emplear intervenciones tecnológicas provisionales a modo de parches para limitar el daño causado por el injusto orden mundial actual -sin cambios radicales que comprometan u ofendan a los intereses que las dominan.

Durante los años 80, UNICEF documentó concienzudamente (aunque con cautela) el precio mortal que la recesión económica, la crisis de la deuda, los ajustes estructurales y el incremento resultante de la pobreza se cobran sobre la salud y las vidas de los niños del Tercer Mundo. Pero, en lugar de protestar de manera vigorosa contra esta situación y exigir cambios profundos en el injusto sistema económico mundial, el UNICEF aceptó tácitamente el «clima económico adverso» como un hecho inalterable de la vida. De acuerdo con esto, pidió un «ajuste con rostro humano».⁵ Esta estrategia, que en esencia equivale a controlar el daño de las políticas injustas, ha sido adoptada en parte por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Pretende proporcionar redes de seguridad para

proteger a los grupos vulnerables de los efectos más devastadores de los ajustes estructurales.

En consonancia con este compromiso, como vimos en el Capítulo 4, el UNICEF también «ajustó» su propia estrategia para reducir las tasas de mortalidad infantil. Eludiendo el reto progresista de la atención primaria de salud integral, limitó sus acciones a unas pocas intervenciones «coste-efectivas» que los países endeudados podrían permitirse sin las duras restricciones de la transición económica y el ajuste estructural. Esta estrategia, aunque políticamente apropiada en el contexto del clima sociopolítico conservador de la última década, no afrontaba las causas fundamentales de la falta de salud. Al hacerse la distribución de la riqueza y los recursos menos equitativa que nunca, las tasas de mortalidad y morbilidad entre las crecientes clases bajas, sobre todo en el Tercer Mundo, se mantuvieron inaceptablemente altas... y en algunos casos de hecho subieron.

Podemos criticar al UNICEF y a la OMS por haber cedido en su meta de «Salud para Todos a través de la Atención Primaria de Salud Integral», pero no deberíamos considerar a estas agencias como perdidas sin remisión. Las ataduras bajo las que operan, aunque muy fuertes, no son insuperables. La prueba son las importantes, a veces valientes, posturas que ambas agencias han adoptado en ocasiones para defender a los más desaventajados.

Por ejemplo, en su informe *Estado Mundial de la Infancia* de 1989, como en muchos de sus análisis e informes desde entonces, el UNICEF reconoció que las intervenciones tecnológicas de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil no son adecuadas para contrarrestar el impacto devastador de la crisis de la deuda, los ajustes estructurales y la brecha cada vez mayor entre ricos y pobres.⁶ UNICEF ha solicitado repetidas veces un alivio eficaz de la deuda.⁷ Ha exigido a los planificadores que desechen las actuales políticas de desarrollo contraproducentes realizadas desde arriba, en favor de otras estrategias más igualitarias y ecológicamente viables que ha llamado *desarrollo real*.⁸

Sin embargo, durante los años 80 y principios de los 90, UNICEF no llevó hasta el final su exigencia de un *desarrollo real* (que ahora llama *desarrollo sostenible*) al replantear su propia estrategia de reducción de la mortalidad infantil. Aunque reconoce los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, ha sido muy lenta a la hora de retornar al enfoque más integral, más liberador y más igualitario socialmente de la Declaración de Alma Ata. En la práctica, el UNICEF y la OMS habitualmente han vacilado a la hora de enfrentarse al orden establecido. No puede sorprender, dadas las monumentales ataduras que soportan.

De manera alentadora, el informe de UNICEF *Estado Mundial de la Infancia* 1995 parece adoptar una postura más sincera contra el modelo dominante de desarrollo y a favor de unas estructuras sociales más justas, igualitarias y participativas.⁹ El informe cita numerosos ejemplos crudos de la creciente desigualdad e injusticia social, y muestra el impacto devastador de estas tendencias sobre la salud de los niños. Entre otros cita:

- Actualmente en América Latina, casi el 90% de las tierras está en manos de menos de un 10% de terratenientes. [...] En África, con la reputación de una mayor igualdad, las tierras más productivas se dedican cada vez en mayor medida a cultivos de exportación, mientras la mayoría pobre cultiva tierras de menor calidad, que reciben menos inversiones y se están degradando y agotando rápidamente. (p. 47)
- En gran parte de Asia, el 50% del gasto gubernamental en educación revierte en el 10% más instruido. (p. 49)
- En Indonesia, el gasto público en la salud del 10% más rico de la población es tres veces superior al destinado al 10% más pobre. (p. 49)
- Sólo alrededor del 25% de la ayuda [económica internacional] tiene como destino los países donde en estos momentos viven tres cuartas partes de los mil millones de habitantes más pobres del mundo. (p. 50)
- Durante dos décadas, el gasto militar del mundo en desarrollo se ha incrementado a un ritmo dos veces superior al crecimiento de los ingresos per cápita,... (p. 50)

- En las guerras de la última década han muerto o han quedado impedidos muchos más niños que soldados. A lo largo de este periodo, aproximadamente 2 millones de niños han muerto víctimas de la guerra, entre 4 y 5 millones han sufrido discapacidades físicas, más de 5 millones se han visto empujados a los campos de refugiados y más de 12 millones se han quedado sin hogar. (p. 2)
- En los últimos diez años [...] la caída de los precios de los productos básicos, el incremento del gasto militar, el bajo rendimiento de las inversiones, la crisis de endeudamiento y los programas de ajuste estructural han reducido los ingresos reales de aproximadamente 800 millones de personas en alrededor de 40 países en desarrollo. [...] Simultáneamente, la reducción del gasto en servicios sociales esenciales ha dejado a los centros de salud sin medicamentos ni médicos, las escuelas sin libros ni maestros, los centros de planificación de la familia sin personal ni suministros. (p. 2)
- La desigualdad ha alcanzado proporciones monstruosas a escala internacional. En conjunto, el quintil más rico de la población mundial recibe ahora alrededor del 85% del PNB mundial. (p. 48) La participación de los 40 ó 50 países más pobres en el ingreso mundial se ha reducido hasta el extremo de que en la actualidad una quinta parte de la población mundial recibe menos del 1,5% del ingreso mundial. (p. 3)
- Esta tendencia no se limita al mundo en desarrollo [...] Durante la década de 1980, por ejemplo, cuatro millones más de niños estadounidenses quedaron situados por debajo del nivel oficial de pobreza, a pesar de que en este periodo los ingresos medios [...] registraron un crecimiento global del 25%. (p. 3)
- Los Estados Unidos gastan 25.000 millones de dólares anuales sólo en su servicio de prisiones. (p. 65)
- El costo total que supondría ofrecer servicios sociales básicos en los países en desarrollo, incluida la atención de salud, educación, planificación de la familia, agua potable [...] sería del orden de 30.000-40.000 millones de dólares adicionales al año [...]. El mundo gasta una suma superior para jugar al golf. (p. 64)
- Los pobres siguen siendo pobres principalmente porque están subrepresentados en la toma de decisiones políticas y económicas. (p. 51)

Además de criticar el empuje regresivo que conlleva el planteamiento de desarrollo dominante del libre mercado, el informe de 1995 del UNICEF también demanda medidas reguladoras para contener el daño que se está haciendo a la salud de las comunidades del Tercer Mundo (aunque el informe evita cuidadosamente el término *regulación*, que no goza del favor de las elites de EE.UU. ni de cualquier parte). Por ejemplo, el informe señala que:

- El reciente compromiso a favor de las políticas económicas de libre mercado no ha tenido suficientemente en cuenta sus repercusiones sobre los pobres y los vulnerables o sobre el medio ambiente. (p. 44)
- En demasiados países, la política económica actúa como un amortiguador invertido, en virtud del cual los pobres son los primeros y más gravemente afectados en los malos tiempos y los últimos y menos favorecidos en los buenos. Este tipo de desarrollo económico [...] aprieta progresivamente las tuercas de la pobreza para los pobres. (p. 48)
- Es preciso abordar el problema de la marginación económica de las naciones más pobres y de la población más pobre dentro de cada país. Ningún progreso social podrá mantenerse [...] si la exclusión económica sigue siendo la característica principal de los sistemas económicos nacional y global. (p. 47)
- Las políticas económicas de libre mercado han demostrado su eficacia para la creación de riqueza a corto plazo. Ahora es responsabilidad de los gobiernos encauzar esta capacidad en favor de la causa del desarrollo sostenible. En particular, sobre ellos recae la responsabilidad de contrarrestar la tendencia inherente a los sistemas económicos de libre mercado a favorecer a los ya favorecidos. (p. 47)

En el informe, UNICEF sostiene que «se requerirán cambios más fundamentales» para un

desarrollo sostenible, y que «será preciso abordar los problemas de la discriminación, la carencia de tierras y el desempleo mediante la reforma agraria, la inversión en los pequeños agricultores, la reestructuración del gasto gubernamental y de los programas de ayuda en favor de los más pobres, la reducción del gasto militar y un incremento significativo de los recursos disponibles para el desarrollo medioambientalmente sostenible.» (p. 47) Sin embargo, el informe reconoce que «los intereses creados, de carácter económico y político, impiden seguir avanzando.» (p. 47)

El informe de UNICEF de 1995 recalca mucho la importancia de «la participación de la población en los esfuerzos a favor del cambio» (p. 62) y advierte de que el progreso social «ha sido obra no tanto de los gobiernos, sino sobre todo de los movimientos populares, de un cambio espectacular, impulsado popularmente, en las percepciones de la opinión pública sobre lo que se considera o no aceptable en los asuntos humanos -y del correspondiente cambio en las percepciones de los dirigentes políticos democráticos sobre qué constituye una buena política.» (p. 60) El informe continúa afirmando que: «Es sobre todo la acción de las personas preocupadas y comprometidas, y de sus organizaciones, la que permite ampliar los límites de lo que puede hacerse hasta abarcar lo que debe hacerse.» (p. 60) «La gente ya no está dispuesta a seguir aceptando una organización de la sociedad que siga concediendo el monopolio del progreso, el conocimiento y los derechos a una minoría.» (p. 62)

Pese a esta retórica progresista, sería prematuro concluir que UNICEF está fuera del dominio de la estructura mundial de poder. Aunque el informe critica a media voz las desigualdades del sistema de libre mercado, a continuación habla con entusiasmo del «consenso por el desarrollo» alcanzado en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de 1995 (la Cumbre Social) en Copenhague. Hay un amplio consenso, dice, sobre que «el camino para continuar avanzando debe seguir la vía de la democracia política y la *economía de mercado*; [...] de la satisfacción de las necesidades humanas y la inversión en capacidad humana.» (itálicas añadidas) (p. 7)

El punto de vista y el lenguaje del UNICEF es inquietantemente parecido al del Banco Mundial, cuya perspectiva global monetarista caló en la Cumbre Social oficial. Posiblemente haya habido más o menos un consenso respecto al «camino de progreso» entre los funcionarios de alto nivel tras las puertas cerradas de la cumbre oficial. Sin embargo, la «Declaración y el Plan de Acción» oficiales fueron fuertemente criticados por los delegados de las bases que asistieron al Foro independiente de ONGs de la Cumbre Social. Estos criticaron a la asamblea oficial por «estudiar los síntomas de los problemas [principales de la humanidad] sin cuestionar las políticas que han ayudado a crearlos»,¹⁰ y por aprobar «una declaración que -pese a su retórica progresista- sólo promete una continuación de las políticas neoliberales que muchos de nosotros vemos como centro del problema».¹¹ Un grupo de más de 600 organizaciones no gubernamentales (ONGs), coaliciones de base y movimientos populares representados en el Foro de ONGs redactaron y firmaron una «Declaración Alternativa de Copenhague» que ataca al actual orden económico mundial por insostenible y exige un cambio de rumbo radical. Los siguientes pasajes están extraídos de la Declaración Alternativa:

Esperábamos que la Cumbre Social se dirigiera hacia las causas estructurales de la pobreza, el desempleo y la desintegración social, así como a la degradación del medio ambiente, y pusiera al pueblo como centro del desarrollo [...]. Aunque se logró cierto progreso al poner encima de la mesa durante el Foro algunas cuestiones críticas, creemos que el marco económico adoptado en la declaración [oficial] está en clara contradicción con los objetivos del desarrollo social equitativo y sostenible. La excesiva confianza que el documento deposita en las inexplicables «fuerzas del libre mercado» como base de la organización de las economías nacionales e internacional agrava, en vez de aliviar, la actual crisis social mundial [...].

Este sistema ha causado una mayor concentración de poder y control sobre los alimentos y otros recursos críticos a cargo de relativamente pocas empresas

multinacionales e instituciones financieras. Crea incentivos al capital para no tomar en cuenta los costes sociales y medioambientales. Genera más desempleados, deroga los derechos de los trabajadores y [...] lleva a una desigual distribución de los recursos entre y dentro de los países...

Nosotros, representantes de la sociedad civil, invitamos a los gobernantes y líderes políticos a que reconozcan que el sistema existente ha abierto la grieta más peligrosa en la historia de la humanidad entre una minoría próspera y consumista, y una mayoría de la humanidad empobrecida en el Sur y, cada vez más, en el Norte.

Al rechazar el modelo económico mundial vigente, no sugerimos la imposición de otro modelo universal. Más bien, es cuestión de innovar y elaborar respuestas locales para las necesidades de la comunidad, promover las habilidades y la fuerza de las mujeres en plena igualdad con los hombres, y beneficiarse de las tradiciones valiosas, así como de las nuevas tecnologías.¹²

Como destacan estos fragmentos de la Declaración Alternativa de Copenhague, el llamado «consenso por el desarrollo» alcanzado en la Declaración oficial fue un «consenso» que excluyó las aportaciones de las personas desfavorecidas y de sus portavoces.

El Banco Mundial -que jugó un papel clave en la Cumbre Social- ha perfeccionado el arte del doble lenguaje. Con un tono de autoridad moral, parece convincente cuando habla de dar «máxima prioridad a la eliminación de la pobreza», mientras fomenta las mismas políticas que agrandan la brecha entre ricos y pobres. El informe de UNICEF de 1995 es similar. Mientras describe con detalles desgarradores la marginación y la pobreza causadas por el sistema de libre comercio, cita con sinceridad aparente la engañosa frase del Banco Mundial de que «las condiciones de salud en todo el mundo han mejorado más en los últimos 40 años que en todo el periodo anterior de la historia de la humanidad.»¹³

El informe de 1995 del UNICEF no hace referencia en ningún punto de su análisis social a las letales contradicciones del plan global del Banco Mundial para *Inversión en Salud* (véase p. 111). Ni siquiera menciona que el Banco -cuyas estrategias de salud parece aprobar- es el impulsor de los programas de ajuste estructural, la desregulación del libre comercio y el «monopolio de unos pocos» en el mundo, todos ellos identificados correctamente por el UNICEF como obstáculos para conseguir mejoras en la salud.

El informe del UNICEF de 1995 merece un cuidadoso análisis. Por una parte, el reconocimiento de «el pueblo» mejor que los gobiernos como actor principal en el desarrollo sostenible suena liberador y progresista. Pero, por otro lado, su manera de quitar importancia a los gobiernos en el proceso de desarrollo lleva el olor del dogma actual del Banco Mundial. Encaja a la perfección en el proyecto neoliberal de quitar importancia a los gobiernos y fortalecer el sector privado. El lenguaje es, por supuesto, algo diferente al del Banco Mundial. Mientras que UNICEF habla de «el pueblo» como impulsor del desarrollo sostenible, los economistas más influyentes alaban ahora y distorsionan el término «sociedad civil» -con el que se refieren a los grupos y organizaciones no gubernamentales, incluyendo (predominantemente, como enseguida se descubre) a la industria privada y a las empresas multinacionales-. De nuevo, descubrimos el lobo con piel de cordero: la retórica de «poder para el pueblo» encubriendo el intento de dar aún más ventajas a las grandes empresas.

De ninguna manera queremos dar a entender que el UNICEF es tan poco sincera o está tan unida a los privilegiados como el Banco Mundial. Lejos de eso, el compromiso del UNICEF por defender la salud y los derechos de los desfavorecidos es, sin lugar a dudas, sincero. Sin embargo, el atrevido discurso del UNICEF sobre el liderazgo del pueblo en lugar de los gobiernos es tolerado porque, paradójicamente, tal afirmación refuerza la idea dominante de *laissez-faire* («dejar hacer»), es decir,

liberalizar el comercio) de los señores del mundo. Es la idea de que el gasto y el control de los gobiernos deben ser reducidos drásticamente (incluyendo los servicios públicos, los impuestos progresivos y la regulación de la actividad privada) y que la «sociedad civil» (i.e. sobre todo los grandes negocios) debería hacerse cargo del timón del desarrollo mundial. Por similares razones, cuando el Banco Mundial habla de «fomentar la autosuficiencia en el ámbito familiar», lo que en realidad quiere decir es *recortar el gasto gubernamental para los necesitados y repartir los costes* (hacer que los pobres paguen por la atención de salud, la educación y otros servicios que solían ser financiados de manera significativa, mediante impuestos progresivos, por los ricos).

Hoy día los problemas son complejos. En la actualidad (1996), el Congreso de Washington, controlado por los republicanos, está decidido a anular la legislación social progresista del último medio siglo. Es también muy crítico con las Naciones Unidas en general, afirmando que es burocrática e ineficaz. (En realidad, teme a la ONU por ser una amenaza para la desenfundada globalización del mercado libre.) Se están considerando seriamente diversas propuestas de recortar los fondos estadounidenses para varias agencias de la ONU.

Paradójicamente, un intento del conservador Congreso de los EE.UU. de sabotear a la ONU retirando sus fondos podría confirmar que no hay mal que por bien no venga. La falta de presupuesto, desde luego, sería preocupante para el personal de las Naciones Unidas, cuyos altos salarios dependen de los dólares estadounidenses. Pero, a largo plazo, el distanciamiento de la ONU de los Estados Unidos podría ser un regalo del cielo para los desfavorecidos del mundo. Si EE.UU. retira su apoyo financiero predominante a los organismos de la ONU, también perderá -debemos esperar- parte de su desproporcionado control. Por esta y otras razones, debemos animar al UNICEF y a la OMS a que hagan frente con valentía a las abrumadoras injusticias del actual modelo neocolonial de desarrollo, que está poniendo en peligro el bienestar de la Tierra y el de sus habitantes.

UNICEF está, desde luego, en lo cierto al afirmar que el impulso para el avance hacia un mundo más democrático y equitativo debe venir desde abajo. Más que nunca, es de vital importancia que *todos los que estemos preocupados por la salud de los niños del mundo apoyemos activamente y mantengamos una presión constante y amistosa sobre el UNICEF y la OMS*. Debemos apoyar y defender con firmeza a estas agencias cuando toman postura a favor de los desfavorecidos, cuando se atreven a llamar la atención y a atacar la injusticia estructural que subyace en la pobreza, el subdesarrollo y la falta de salud. Y debemos criticar de manera firme pero constructiva cuando el UNICEF y la OMS dejan de lado sus ideales ante las amenazas de los poderosos.

Al mismo tiempo, debemos ser realistas. El UNICEF, la OMS y otros cuerpos de las Naciones Unidas tienen un valioso papel que desempeñar como aliados de los movimientos populares en la lucha para conseguir «salud para todos». Sin embargo, por sus limitaciones estructurales inherentes y sus ataduras a la estructura mundial de poder, está claro que no podemos contar con que estas u otras agencias de la ONU sean líderes decisivos en la lucha por un cambio social equitativo. Como el propio UNICEF señala, sólo de las organizaciones de base y los movimientos populares puede esperarse de forma realista que jueguen ese papel protagonista.

Por último, todos los que estamos profundamente preocupados por el bienestar de los demás tenemos un papel que desempeñar. Haciendo hincapié sobre esto, el informe *Estado Mundial de la Infancia 1995* del UNICEF cita a Martin Luther King Jr.:

El progreso humano no es automático ni inexorable. Basta una mirada superficial a la historia para constatar que ningún progreso social llega impulsado por las ruedas de la inevitabilidad. Cada paso hacia los objetivos de la justicia exige sacrificios, sufrimiento y el esfuerzo incansable y la dedicación absoluta de personas individuales comprometidas.

NORTE

QUIQUE



DIÁLOGO NORTE-SUR

Quique en Norte y Sur, Ed. PPC, Madrid, 1994



Lecturas Clave Relacionadas con las Políticas de Salud

Recopiladas por el Consejo Internacional para la Salud del Pueblo y HealthWrights

Nota: Esta es una lista corta, principalmente de libros y revistas, de las cuales la mayor parte están escritas de manera sencilla y deberían poder localizarse con facilidad. La mayor parte se encuentra en inglés, por lo que hemos añadido una traducción aproximada entre paréntesis. Muchos de estos artículos relacionados con los temas de este libro, se enumeran en las referencias bibliográficas localizadas al final. Reconocemos que esta lista es muy incompleta, pero hemos intentado limitarla a las lecturas clave, especialmente para estudiantes interesados y lectores no iniciados. Algunos de estos escritos son recientes, otros son más antiguos, pero todavía se encuentran entre los mejores y más influyentes de su campo. El Consejo Internacional para la Salud del Pueblo continúa elaborando listas más completas, y apreciará sugerencias de materiales nuevos e importantes. Si usted encuentra trabajos de ese tipo, por favor, manténganos informados.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD y DETERMINANTES DE LA SALUD

- Macdonald, John. *Primary Health Care: Medicine In Its Place* (Atención Primaria de Salud: La Medicina en su Sitio). Universidad de Bristol, UK. 1993. Disponible a través de Kumarian Press, 630 Oakwood Ave., Suite 119, West Hartford, CT 06110-1529, USA. Sigue el desarrollo de la Atención Primaria de Salud desde su comienzo en Alma Ata (1978) hasta hoy, proporcionando sólidos argumentos a favor de la APS. Destaca la necesidad de la equidad y de una fuerte participación comunitaria.
- Navarro, V. «A Critique of the Ideological and Political Position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration» (Crítica de la Posición Ideológica y Política del Informe Brandt y la Declaración de Alma Ata). *International Journal of Health Services*. Vol. 14, No. 2 (1984): pp. 159-172.
- Social Science and Medicine. «The Debate on Selective or Comprehensive Primary Health Care» (El Debate sobre la Atención Primaria de Salud Selectiva o Integral). Vol. 26, No. 9 (1988): p. 877-878. Introducción al debate y su trasfondo histórico. Los autores cuestionan si hay de verdad un conflicto conceptual entre APS-S y APS-I. Afirman que los donantes deberían apoyar a las naciones para desarrollar sistemas nacionales de salud basados en la APS. Contiene varios artículos buenos de críticos importantes.
- Werner, David y Bower, Bill. *Aprendiendo a Promover la Salud*. Una guía centrada en el pueblo para formar promotores de salud comunitarios. Pensada para aquellos que sienten que su compromiso fundamental es con las personas pobres y trabajadoras. Explica (y simplifica) la metodología concienciadora desarrollada por Paulo Freire.
- Halstead, SB, Walsh, Julia A y Warren, Kenneth S, eds. *Good Health at Low Cost* (Buena Salud a Bajo Coste). New York: The Rockefeller Foundation. 1985. Importante estudio que investiga por qué ciertos países -China, el estado de Kerala (India), Sri Lanka y Costa Rica- han logrado una buena situación de salud pese a su bajo PNB per cápita.

- Daly, Herman. *For the Common Good: Redirecting the Economy toward Community, the Environment, and a Sustainable Future* (Por el Bien Común, Dirigiendo la Economía hacia la Comunidad, el Medio Ambiente y un Futuro Sostenible). Boston: Beacon Press, 1989. Daly, antiguo economista del Banco Mundial que lo abandonó desencantado, habla a favor de un modelo *eco-económico* de desarrollo basado en el equilibrio, no en el crecimiento, con un sistema de fijación de precios que incluya los costes humanos y ambientales.
- UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia*. Barcelona, España: J & J Asociados. Progresos en la supervivencia infantil actualizados cada año. Contiene estadísticas y gráficos útiles sobre indicadores económicos, de salud y de educación de la mayoría de los países del mundo, con comparaciones año por año. Presentación clara.
- McKeown, Thomas. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* (El Papel de la Medicina: ¿Sueño, Espejismo o Castigo?). Oxford, UK. Basil Blackwell Publisher. 1979. Una magnífica revisión de cómo las intervenciones médicas tuvieron relativamente poco que ver con las mejoras en la salud pública de Europa y EE.UU. entre 1800 y 1950. Desafía mitos sobre la contribución de la biomedicina.
- Sanders, David. *The Struggle for Health*. (La Lucha por la Salud). Hampshire, UK: Macmillan Education. 1985. Un estudio riguroso de las causas de la falta de salud y la muerte precoz generalizadas en situaciones de subdesarrollo. Demuestra claramente que las mejoras a largo plazo en la salud dependen más de factores sociales que de avances biomédicos.
- Ehrenreich, J. Ed. *The Cultural Crisis in Modern Medicine* (La Crisis Cultural de la Medicina Moderna). Monthly Review Press. 1978. Este libro es una colección de escritos de 14 autores dividida en tres partes: Las Funciones Sociales de la Medicina, Las Raíces Históricas y Contemporáneas y el Devastador Impacto del Sexismo Médico, y el Uso del Arte de Curar para Promover y Mantener el Imperialismo.
- Kent, George. *The Politics of Children's Survival* (Las Políticas de Supervivencia Infantil). New York. Praeger. 1991. Este libro proporciona un análisis claro e incisivo de cómo la «violencia estructural» influye sobre la vida y la mortalidad de los niños del Tercer Mundo. Kent propone poderosas razones a favor de un desarrollo equitativo y liberador para los pobres.
- Werner, David. *The Life and Death of Primary Health Care, or The McDonaldization of Alma Ata* (Vida y Muerte de la Atención Primaria de Salud, o la McDonaldización de Alma Ata). 1993. Disponible a través de HealthWrights, 964 Hamilton Ave, Palo Alto, CA 94301, USA. Charla dada a *Medical Aid for the Third World*. Reimpresa en *Third World Resurgence* (véase más abajo). Contiene una contundente historia de los 3 principales ataques que ha recibido la APS desde Alma Ata: la Atención Primaria de Salud Selectiva, los Esquemas de Financiación a cargo de los Usuarios y de Recuperación de Costes, y el informe del Banco Mundial *Investing in Health* (Inversión en Salud).

DESARROLLO y CAMBIO SOCIAL: TEMAS QUE AFECTAN A LA SALUD

- Isbister, John. *Promises Not Kept: The Betrayal of Social Change in the Third World* (Promesas Incumplidas: La Traición del Cambio Social en el Tercer Mundo). West Hartford, Connecticut: Kumarian Press 1991. Revela cómo los líderes mundiales llegaron al poder con

promesas de progreso social y cómo rompieron descaradamente esas promesas. Lleno de hechos contundentes, el libro contiene una cronología de la evolución de la pobreza.

- [PNUD Índice de Desarrollo Humano](#). Proporciona datos útiles sobre distribución de la riqueza y los recursos entre países y dentro de ellos, junto a indicadores sociales (en vez de sólo indicadores económicos) del progreso y el bienestar de una población. Presenta una descripción y un análisis más honrados (desde la visión del pueblo) de las tendencias mundiales que el *Informe sobre el Desarrollo Mundial* del Banco Mundial.
- Watkins, Kevin. *The Oxfam Poverty Report* (Informe Oxfam sobre la Pobreza). Oxfam Publishing, BEBC Distribution, PO Box 1496, Parkstone, Poole, Dorset BH123YD, UK. 1995. Un análisis completo de la pobreza en el mundo actual. Es un libro bien documentado que identifica las fuerzas estructurales que niegan al pueblo sus derechos económicos y sociales básicos. Esboza algunas de las grandes reformas políticas e institucionales necesarias para crear un ambiente capacitador dentro del cual el pueblo pueda desarrollar acciones autónomas para reducir la pobreza.

Revistas (mensuales):

- *Revista del Sur*. Publicado por la Red del Tercer Mundo junto con el Instituto del Tercer Mundo, Juan Jackson 1136 - 11200 Montevideo, Uruguay. Tel: (598-2) 409 61 92, correo electrónico: redtm@chasque.apc.org. Quizá el mejor análisis crítico periódico hecho desde el Tercer Mundo sobre el desarrollo, el medio ambiente y la salud. Pretende «una distribución justa de los recursos mundiales y formas de desarrollo ecológicamente sostenibles y que cubran las necesidades humanas.» Si quiere suscribirse a sólo una publicación periódica del Tercer Mundo, tenga en cuenta ésta.
- *The New Internationalist* (El Nuevo Internacionalista). Suscripciones: PO Box 79, Hertford, SG14 1AQ, UK. «Existe para informar sobre la pobreza y la desigualdad en el mundo; para prestar atención a las relaciones injustas entre los poderosos y los débiles, tanto en los países ricos como en los pobres...» Cada número se centra en un tema diferente relacionado con el desarrollo y las necesidades básicas. La calidad varía, pero muchos números contienen importantes debates sobre «los cambios radicales necesarios, dentro de los países y entre ellos, si se quieren cubrir las necesidades básicas de todos.»

ESTRUCTURAS MUNDIALES DE PODER, INSTITUCIONES FINANCIERAS y CORPORACIONES MULTINACIONALES QUE AFECTAN A LA SALUD

- Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Inversión en Salud*. Oxford, UK. Oxford U. Press. 1993. Refleja el relevo del Banco Mundial en el liderazgo de la planificación de las políticas de salud del Tercer Mundo. Pide sistemas de salud más equitativos y eficientes. Pero, detrás de su disfraz de Buen Samaritano, esconde un refrito de las estrategias conservadoras que han hecho descarrilar la Atención Primaria de Salud Integral, pero con las trabas añadidas del ajuste estructural, incluyendo la privatización de los servicios públicos y la recuperación de costes cobrando a los usuarios. Obra maestra de la desinformación, esta versión de la Atención Primaria de Salud Selectiva amiga del mercado tiene implicaciones amenazadoras. Al unir su nueva política a los préstamos, el Banco puede imponerla a los países que menos pueden soportarla. Resumiendo, el Informe promueve el mismo modelo de desarrollo desde arriba que ha perpetuado la pobreza, la deuda externa y el devastador impacto de las políticas de ajuste estructural.

- Reacciones críticas al *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Inversión en Salud* del Banco Mundial:
 - Diversos artículos reunidos en 1993 por Acción Internacional para la Salud-Europa. Dirección: Jacob van Lennepkade 334T, 1053 NJ Amsterdam, Países Bajos. Es un recopilación con críticas y análisis enormemente importantes, incluyendo respuestas de *Save the Children* (UK), Tony Klouda en nombre del grupo PHC-NGO (IPPF, UK) y un artículo de Dorothy Logie y Jessica Woodroffe del *British Medical Journal*, del 3 julio de 1993.
 - Legge, David. *Investing in the Shaping of World Health Policy* (Inversión en el Modelado de la Política Mundial de Salud). Preparado para el taller de AIDAB, NCEPH y PHA (Canberra, Australia, 31 de agosto de 1993). Revisión amplia y profunda de *Inversión en Salud*. (Disponible en HealthWrights.)
 - Epprecht, Marc. «The World Bank, Health, and Africa» (El Banco Mundial, la Salud y África), *Z Magazine*, nov. 1993, p. 31-38. Extensa y profunda revisión del daño causado por el plan de salud del Banco Mundial para África.
- Danaher, Kevin, editor. *Fifty Years is Enough: the case against the World Bank and International Monetary Fund* (Cincuenta Años Bastan: la causa contra el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional). South End Press, Boston MA, USA, 1994. Una reveladora colección de ensayos, estudios de campo y declaraciones de grupos marginados sobre los retrocesos en el progreso social y el aumento de la pobreza causados por el ajuste estructural y otras políticas de desarrollo impulsadas por estas poderosas instituciones financieras.
- Meeker-Lowry, Susan, *Investing in the Common Good* (Inversión en el Bien Común). 1995. New Society Publishers, PO Box 734, Montpelier, VT 05601, USA. Estrategia alternativa de desarrollo que exige enérgicamente equidad y un proceso democrático participativo. Crítica de la estrategia vertical y preservadora del orden establecido del informe del Banco Mundial *Inversión en Salud*.
- Tan, Michael. *Dying for Drugs: Pill Power and Politics in the Philippines*. (Muriendo por las Medicinas: Política y Poder de las Píldoras en Filipinas). Publicado por *Health Action Information Network* (HAIN), 1156 PO Box 1665, Central Post Office, Quezón City, Filipinas. 1988. Uno de los mejores libros hechos en el Tercer Mundo que expone la explotación, los abusos y la doble moral de las multinacionales farmacéuticas. HAIN también publica un excelente boletín, *Health Alert* (Alerta de Salud), que incluye muchos asuntos relacionados con la salud, filipinos e internacionales, desde una perspectiva popular.
- Chetley, Andrew and Allain, Annelies. *Protecting Infant Health: A health worker guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes* (Protegiendo la Salud Infantil: Una guía para el trabajador de la salud sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna). Publicado por la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), PO Box 19, 10700 Penang, Malasia. 1993 (revisado). Un folleto excelente y bien ilustrado para la toma de conciencia de grupos comunitarios.
- Korten, David. *Cuando las Transnacionales Gobiernan el Mundo*. Editorial Cuatro Vientos,

Casilla 131, Santiago 29, Chile. 1997. «Una dura crítica del injusto orden internacional» junto a una estrategia alternativa muy racional para un «Desarrollo Centrado en el Pueblo» (el título de su primer gran libro). Korten es el fundador del Foro para el Desarrollo Centrado en el Pueblo, con base en la ciudad de New York.

Revista (mensual):

- *Multinational Monitor* (Seguimiento de Multinacionales). Suscripciones: PO Box 19405, Washington DC 20036, USA. Artículos excelentes, equilibrados y bien documentados que muestran las acciones sin escrúpulos de las corporaciones multinacionales, su influencia sobre las políticas nacionales y mundiales y sus violaciones de los códigos internacionales. Algunos artículos están directamente relacionados con la salud; casi todos se relacionan al menos indirectamente.

REFERENCIAS

- [Introducción](#)
- [Parte 1](#)
- [Parte 2](#)
- [Parte 3](#)
- [Parte 4](#)
- [Apéndice](#)

INTRODUCCIÓN

1 Abram S Benenson, ed., *Control of Communicable Diseases in Man* (Washington, D.C.: American Public Health Association, 1990), p. 90.

2 Salvo donde se señala, la información de los dos párrafos siguientes está recogida de: Tony Dajer, «Cholera: The Deadliest WakeUp Call», *Links Health and Development Report*, Vol. 9, nº 2 (primavera 1992), p. 7.

3 «Cholera in 1991», *Weekly Epidemiological Record* (publicación de la OMS), Vol. 67, nº 34 (21 agosto 1992), p. 253.

4 «Update: Cholera - Western Hemisphere, 1992», *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol. 42, nº 5, 12 febrero 1993, p. 1.

5 Andrew Downie, «Killer Cholera Returns to Mexico with a Vengeance», *Houston Chronicle*, 26 mayo 1995, p. 26A; Citado en *Mexico NewsPak*, Vol. 3, nº 9, 22 mayo-4 junio 1995, p. 8.

6 «Cholera in 1991», *Weekly Epidemiological Record* (publicación de la OMS), Vol. 67, nº 34 (21 agosto 1992), p. 257.

7 *Ibid.*, p. 256.

8 Tony Dajer, «Cholera: The Deadliest Wake-Up Call», *Links Health and Development Report*, Vol. 9, nº 2 (primavera 1992), p. 25; Anne Platt, «Environmental Intelligence», *World Watch*, noviembre/diciembre 1995, p. 6.

9 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*.

10 *Ibid.*

11 David Sanders y Abdulrahman Sambo, «AIDS in Africa: The Implications of Economic Recession and Structural Adjustment», *Health Policy and Planning*, Vol. 6 (1991), nº 2.

12 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*.

13 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1996*, p. 10.

14 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1991*, p. 5.

15 Victor W Sidel, *Perspectives: The Impact of Arms Spending on Health and Health Care in Industrialized and Developing Countries* (artículo), p. 5.

- 16 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 20.
- 17 «World Still Plagued by Poverty and Hunger», *Health Alert*, n° 135 (noviembre 1992), p. 356.
- 18 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 16.
- 19 Katrina Galway, Brent Wolff y Richard Sturgis, *Child Survival: Risks and the Road to Health* (Columbia, Md.: Institute for Resource Development/Westinghouse/USAID, 1987), p. 34. Citado en George Kent, *The Politics of Children's Survival* (New York: Praeger, 1991), p. 60.
- 20 UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 3.
- 21 «Zaire battles epidemic of polio, its worst ever», *New York Times International*, 21 junio 1995.
- 22 UNICEF *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 27 (gráfico).
- 23 *Ibid.*, p.29.
- 24 UNICEF *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 6.
- 25 *Ibid.*, p. 9.
- 26 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 22.
- 27 «Cholera in 1991», *Weekly Epidemiological Record* (una publicación de la OMS), Vol. 67, n° 34 (21 agosto 1992), p. 253.
- 28 Tony Dajer, «Cholera: The Deadliest Wake-Up Call», *Links Health and Development Report*, Vol. 9, n° 2 (primavera 1992), p. 25, p. 7.
- 29 Vincente M Witt y Fred M Reiff, «Environmental Health Conditions and Cholera Vulnerability in Latin America and the Caribbean», *Journal of Public Health Policy*, 12(4) (invierno 1991), p. 453.
- 30 Tony Dajer, «Cholera: The Deadliest Wake-Up Call», *Links Health and Development Report*, Vol. 9, n° 2 (primavera 1992), p. 25, p. 7.
- 31 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Inversión en Salud*, p 93.
- s32 «Poverty Linked to Cholera Epidemic, Says WHO», *Third World Resurgence*, n° 10 (junio 1991), p. 7.
- 33 Michael Toole et al., Goma Epidemiology Group, «Public Health Impact of Rwandan Refugee Crisis: What Happened in Goma, Zaire, in July, 1994?», *The Lancet*, p. 339, 11 febrero 1995.
- 34 Perlez Jane. «A New and More Vicious Killer: Dysentery», *New York Times*. 5 agosto 1994, p. A6.
- 35 Bonner Raymond «Cholera's Spread Raised Fear of Toll of 40,000 Rwandans», *New York Times*. 24 julio 1994, pp. 1 y 10. *Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control—Interim Report 1994*, OMS, 1995, pp. 27-28.
- 36 *Boston Globe*, 24 julio 1994
- 37 «Saving Lives Takes More Than Charity», *Child Health Foundation News*, n° 1, 1995, p. 5.
- 38 «Cholera Aid in Rwanda», *Child Health Foundation News*, n° 3, 1994, p. 6.
- 39 Correspondencia personal de William Greenough con David Werner, 31 enero 1995.
- 40 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 27.
- 41 Hal Kane, «Life Expectancy Lengthens», The Worldwatch Institute, *Vital Signs 1994*, p. 135.
- 42 Rakiya Omaar y Alex de Waal, «U.S. Complicity by Silence, Genocide in Rwanda», *CovertAction Quarterly*, primavera 1995, pp. 7-9.
- 43 Hal Kane, *The Hour of Departure: Forces that Create Refugees and Migrants*, Worldwatch

Institute, junio 1995, pp.14-15.

44 *Ibid.*, p.19.

45 Rakiya Omaar y Alex de Waal, «U.S. Complicity by Silence, Genocide in Rwanda», *CovertAction Quarterly*, primavera 1995, pp. 7-9.

PARTE 1

1 Sheila Zurbrigg, *Rakku's Story: Structures of Ill-Health and the Source of Change* (Madras, India: George Joseph/Sidma Offset Press, 1984).

2 Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 221.

3 David Sanders, *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (London: Macmillan, 1985), pp. 85-87.

4 *Ibid.*, p. 87.

5 Correspondencia personal con Michael Tan de Health Action Information Network, Filipinas, agosto 1995.

6 Gish, «The Political Economy of Primary Care and Health by the People: a Historical Exploration», *Social Science and Medicine*, Vol. 136, pp. 203-211, 1979.

7 David Morley, *See How They Grow: Monitoring Child Growth for Appropriate Health Care in Developing Countries*, (1979 Macmillan Press), p. 20.

8 David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1990, p. 534-557.

9 *Declaración de Alma Ata*, 12 septiembre 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y el UNICEF, párrafo 10.

10 *Ibid.*, párrafo 1.

11 Scott B. Haldstead, Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren, eds. *Good Health at Low Cost*, Rockefeller Foundation, New York, 1985, pp. 42-43.

12 *Ibid.*, pp. 44-45.

13 *Ibid.*, p. 50.

14 Actas de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, Kazajstán, 1978.

15 David Werner, «The Village Health Worker—Lackey or Liberator», pp. 5-10 y «Health Care and Human Dignity: A Subjective Look at Community-based Rural Health Programs in Latin America», pp. 8-15. (Documentos de HealthWrights).

16 Veá, por ejemplo, Robert Chambers, *Rural Development: Putting the Last First* (New York: John Wiley y Sons, 1983).

17 Observación personal de David Werner en el Proyecto Piaxtla, México, y también información recibida por él de líderes de otros programas basados en la comunidad de otras partes de México e Iberoamérica.

18 Veá, por ejemplo, Ben Wisner, «Power and Need in Africa» (Trenton, New Jersey: *Africa World Press*, 1989), pp. 53-86. También David Werner, «The Life and Death of Primary Health Care or The McDonaldization of Alma Ata», (documento de HealthWrights).

19 Anthony Zwi, Joanna Macrae y Antonio Ugalde, «Children and War», *The Kangaroo*:

Bibliographic Archives for Maternal and Child Health in Developing Countries, Vol. 1, nº 1 (diciembre 1992), pp. 47-48.

20 Claudio Schuftan, «The Child Survival Revolution: A Critique», *Family Practice*, Vol. 7, nº 4, 1990, p. 329.

21 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, p. 2.

22 *Ibid.*, p. 1.

23 *Ibid.*, p. 18.

24 *Ibid.*, p. 1.

25 Medea Benjamin y Kevin Danaher, «Latin America's Struggle for Democratic Development», *Global Exchanges* (publicación de Global Exchange), nº11 (verano 1992), p. 1.

26 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, p. 1.

27 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1987*, p. 2.

28 *Ibid.*, p. 2.

29 James P Grant, «A Child Survival and Development Revolution», *Assignment Children: A Journal Concerned with Children, Women y Youth in Development*, 61/62 (1983), p. 23.

30 *Ibid.*, p. 30.

31 Ben Wisner, «GOBI Versus PHC? Some Dangers of Selective Primary Health care», *Social Science and Medicine*, Vol. 26, nº 9, p. 963, 1988.

32 W Farrant, «Health Promotion and Community Health Movement: Experiences from the UK» (artículo presentado en el Simposio Internacional sobre Estrategias de Participación Comunitaria y Liberación, Universidad de Biefeld, Alemania, junio 1989), p. 8. Citado en John J. Macdonald, *Primary Health Care: Medicine in its Place* (West Hartford, Connecticut: Kumarian Press, 1993), p. 84.

33 George Kent, *The Politics of Children's Survival* (New York: Praeger, 1991), p. 162.

34 Claudio Schuftan, «The Child Survival Revolution: A Critique», *Family Practice*, Vol. 7, nº 4, 1990, p. 329.

35 Zaffrullah Chowdhury, «Basic Service Delivery in Underdeveloping Countries; A View from Gonoshasthaya Kendra», documento de trabajo preparado por UNICEF para el Encuentro Especial sobre la Situación de la Infancia en Asia, que se centra en los Servicios Básicos, E/ICEF/ASIA/9, 4 mayo 1977, pp. 18-19.

36 Giorgio Solimano y Clara Haignere, *Free-Market Politics and Nutrition in Chile: A Grim Future after a Short-Lived Success* (Centro para la Salud Familiar y de la Población, Facultad de Medicina, Universidad de Columbia, Documento de Trabajo nº7, mayo 1984); CA Monteiro, HP Pino Zuniga, MHA Benicio y CG Victora, «Better Prospects for Child Survival», *World Health Forum*, Vol. 10 (1989), pp. 222-227; Rob Davies y David Sanders, «Economic Strategies, Adjustment and Health Policy: Issues in Sub-Saharan Africa for the 1990s», *Transformation* 21, 1993, pp. 78-93; Giovanni Andrea Cornia, Richard Jolly y Frances Stewart, eds., *Ajuste con Rostro Humano: Protección de los Vulnerables y Promoción del Crecimiento* (Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A., 1987), pp. 110, 111, 119; Florentino y RA Pedro, «Nutrition and Socio-Economic Development in Southeast Asia», *Proceedings of the Nutrition Society*, mayo 1992, pp. 95-101.

37 Rob Davies y David Sanders, «Economic Strategies, Adjustment and Health Policy: Issues in Sub-Saharan Africa for the 1990s», *Transformation* 21, 1993, pp. 78-93; Giovanni Andrea Cornia, Richard Jolly y Frances Stewart, eds., *Ajuste con Rostro Humano: Protección de los Vulnerables y Promoción del Crecimiento* (Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A., 1987), pp. 112.

- 38 George Kent, *The Politics of Children Survival* (New York: Praeger, 1991), p. 158.
- 39 *Para la Vida*, UNICEF/OMS/UNESCO, 1989, portada.
- 40 George Kent, *The Politics of Children Survival* (New York: Praeger, 1991), p. 27.
- 41 *Ibid.*, pp. 28-29.
- 42 *Ibid.*, p. 164.
- 43 James Grant, «Marketing Child Survival», *Assignment Children*, Vol. 65/68, 1984, p. 3.
- 44 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 27.

PARTE 2

- 1 Ruxin, Joshua N, «Magic bullet: The history of oral rehydration», *Medical History* 1994; 38: 363-397.
- 2 Entrevista con el Dr. Fernando Silva, ex director del Hospital Infantil La Mascota de Managua, Nicaragua, *Barricada Internacional*, 8 septiembre 1988, p. 4.
- 3 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 7 y 22.
- 4 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 1
- 5 IW Booth y J T Harries, «Oral Rehydration Therapy: An Issue of Growing Controversy», *Journal of Tropical Pediatrics*, Vol. 28 (junio 1982), p. 116.
- 6 MA Rub, «Oral Rehydration Therapy (ORT)», *In Touch*, septiembre/octubre 1983, p. 3.
- 7 M Santosham y W Greenough, «Oral Rehydration Therapy: A Global Perspective», *Journal of Pediatrics*, abril 1991, 118(4) Pt. 2:S44-S51, discusión, S52.
- 8 N Hirschhorn, «The treatment of acute diarrhea in children. An historical and physiological perspective.» *American Journal of Clinical Nutrition*, 1980;33:637-663
- 9 Jay Siwek, «Diarrhea in Children», *International Child Health Foundation Newsletter*, nº 13 (primavera 1993), p. 4; Stina Almroth, Michael Latham, «Rational home management of diarrhoeas», *The Lancet*, Vol. 345, 18 marzo 1995, p. 709 - 711.
- 10 Correspondencia personal con Norbert Hirschhorn, recordando su experiencia en el Boston City Hospital en los años 60.
- 11 «Cholera Review Meeting: 2627 abril 1993, Zimbabue» Actas. Ministerio de Salud y Bienestar Infantil y OMS.
- 12 Citado en USAID, *Oral Rehydration Therapy: A Revolution in Child Survival*. Oelgeschlager, Gunn & Hain, Weston MA, 1988. p. 19.
- 13 Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 227.
- 14 Carl E Taylor y Xu Zhao Yu, «Oral Rehydration in China», *American Journal of Public Health*, Vol. 76, nº 2 (febrero 1986), pp. 187-188.
- 15 Veá, por ejemplo, Carl E Taylor y Xu Zhao Yu, «Oral Rehydration in China», *American Journal of Public Health*, Vol. 76, nº 2 (1986), pp. 187-188.
- 16 RA Cash, DR Nalin, R Rochat, LB Rellar, ZA Haque, AS Rahman, «A Clinical Trial of Oral Therapy in a rural cholera-treatment Center», *American Journal Trop Med Hygiene* 19:653, 1970.
- 17 Ruxin, Joshua N, «Magic bullet: The history of oral rehydration», *Medical History* 1994; 38: 363-397.

- 18 D Mahalanabis, AB Chowdhury, NG Bagchi et al., «Oral Fluid Therapy of Cholera among Bangladesh Refugees», *Johns Hopkins Medical Journal*, Vol. 132 (1973), pp. 197205; Norbert Hirschhorn y William B Greenough III, «Progress In Oral Rehydration Therapy», *Scientific American*, Vol. 264, n° 5 (mayo 1991), p. 53; Roger I Glass, Mariam Claeson, Paul A Blake, Ronald J Waldman y Nathaniel F Pierce, «Cholera in Africa: Lessons on Transmission and Control for Latin America», *The Lancet*, Vol. 338, n° 8770 (28 septiembre, 1991), pp. 793794.
- 19 «Water with Sugar and Salt» (editorial), *The Lancet*, 1978, 2, pp. 300301.
- 20 Glen Williams, *A Simple Solution: How Oral Rehydration is Averting Child Death from Diarrhoeal Dehydration* (informe especial del UNICEF).
- 21 Grisanti KA, Jaffe DM. «Dehydration syndromes. Oral rehydration and fluid replacement.» *Pediatric Emergencies. Emergency Medical Clinics of North America* 1991; 9: 565-588.
- 22 Snyder J, «Global training needs: U.S. perspective.» *Journal of Diarrhoeal Disease Research* 1987; 4:297-282.
- 23 George Kent, *The Politics of Children's Survival* (New York: Praeger, 1991), p. 43.
- 24 *Ibid.*, p. 43.
- 25 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1986*, p. 20.
- 26 USAID. *Oral Rehydration Therapy, A Revolution in Child Survival*. Oelgeschlager, Gunn & Hain. Weston MA, USA. 1988. p. 1.
- 27 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 22; 1995, p. 27.
- 28 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 22.
- 29 Anne Gadomski, Robert Black y W Henry Mosley, «Constraints to the Potential Impact of Child Survival in Developing Countries», *Health Policy and Planning*, 5(3) (1990), pp. 235236.
- 30 Tulloch J, Burton F, «Global access to oral rehydration salts and use of oral rehydration therapy.» *World Health Stats. Quarterly*. 1987; 40: 110-115.
- 31 Jay Siwek, «Diarrhea in Children», *International Child Health Foundation Newsletter*, n° 13 (primavera 1993), p. 4; Stina Almroth, Michael Latham, «Rational home management of diarrhoeas», *The Lancet*, Vol. 345, 18 marzo, 1995, p. 709 - 711.
- 32 «WHO Programme for Control of Diarrhoeal Diseases. Ninth Programme Report.» 1992-1993; *WHO Division of Control of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, Interim Report* 1994. 1995, p. 40.
- 33 *WHO Division of Control of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, Interim Report* 1994. 1995, p. 40.
- 34 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 29.
- 35 «Global ORT Use Rates 1994», gráfico enviado a los autores por UNICEF en mayo de 1995.
- 36 *WHO Programme for Control of Diarrhoeal Diseases. Ninth Programme Report*. 1992-1993, p. 79.
- 37 *Ibid.*.
- 38 OMS, *Weekly Epidemiological Record*. 6 septiembre 1991.
- 39 *WHO Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, Interim Programme Report* 1990, pp. 14, 17.
- 40 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, pp. 6.
- 41 Ruxin, Joshua N, «Magic bullet: The history of oral rehydration», *Medical History* 1994; 38:

363-397. Pág. 363.

42 Comunicación personal con Norbert Hirschhorn. Vea también: Riyad S, El Mougi M, Wahsh AA y Hirschhorn N, «After Rehydration: What Happens to the Child?», *Journal of Tropical Pediatrics* 1991; 37:1-3.

43 *Programme for the Control of Diarrhoeal Disease: Ninth Programme Report 1992-1993* OMS. 1994 p. 23.

44 *WHO Programme for Control of Diarrhoeal Diseases: Seventh Programme Report, 1988-1989.*

45 Barros FC, Victora CG, Forsberg B et al. «Management of childhood diarrhoea at the household level: a population based survey in north-east Brazil.» *Bull World Health Organ* 1991; 57: 21-24.

46 Oyoo AO, Bursatrom B, Forsberb B, Makhulo J. «Rapid feedback household surveys in PHC planning: an example from Kenya.» *Health Policy Planing* 1991; 6: 380-83.

47 *Programme for the Control of Diarrhoeal Disease: Ninth Programme Report 1992-1993* OMS. 1994 p. 36.

48 En Bangladesh: Hoyle B, Yunus M, Chen LC, «Breastfeeding and food intake among children with acute diarrhoeal disease.» *Am J Clin Nit* 1980; 33:2365-71; **en Arabia Saudi:** Rasheed P, «Perception of diarrhoeal diseases among mothers and mothers-to-be: implications for health education in Arabia Saudi.» *Soc Sci Med* 1993; 36:373-77; **en India:** Bentley ME, «The household management of childhood diarrhea in rural North India.» *Soc Sci Med* 1988; 27:75-85; también Viswanathan y Rohde, *Diarrhoea in Rural India*, p. 11; **en Perú:** Huffman SI, López de Romana G, Madrid S, Brown KH, Bentley M, Black RE, «Do child feeding practices change due to diarrhoea in the Central Peruvian Highlands?» *J Diarrhoeal Dis Res* 1991; 9:295-330; también: Bentley ME, Peltó GH, Straus WI et al. «Rapid ethnographic assessment: application in a diarrhea management program.» *Soc Sci Med* 1988; 27:107-16; **en México:** Martínez H, Saucedo G, «Mothers perception about childhood diarrhea in rural México.» *J Diarrhoeal Dis Res* 1991; 9: 235-43; **en Kenia:** Oyoo AO, Burstrom B, Forsberg B, Makhulo J, «Rapid feedback from household surveys in PHC planning: and example from Kenia.» *Health Policy Plan* 1991; 6:380-83; **en Suazilandia:** Green EC, «Traditional healers, mothers, and childhood diarrhoeal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education.» *Soc Sci Med* 1985; 20:277-85; **en Lesotho:** Stina Almroth, Michael Latham, «Rational home management of diarrhoeas.» *The Lancet*, Vol. 345, 18 marzo 1995, pp. 709-11.

49 Mathuram Santosham, «Nutritional Aspects of ORT» en *Symposium Proceedings, Cereal Based Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), p. 24.

50 *Ibid.*, pp. 2425.

51 USAID. *Oral Rehydration Therapy, A Revolution in Child Survival* Oelgeschlager, Gunn & Hain. Weston MA, USA. 1988. P. 10.

52 Robert Moy, carta a los autores, enero 1995.

53 Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrhoeal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 223.

54 Anne Gadowski, Robert Black y W Henry Mosley, «Constraints to the Potential Impact of Child Survival in Developing Countries», *Health Policy and Planning*, 5(3) (1990), p. 236, p. 241; Robert Halpern, «A Child Survival and Development Revolution?», *International Journal of Early Childhood*, Vol. 18, n° 1 (1986), p. 45; Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrhoeal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 223.

55 Fitzroy Henry, André Briend y Vincent Fauveau, «Child Survival: Should the Strategy Be

Redesigned? Experience from Bangladesh», *Health Policy and Planning*, 5(3) (1990), p. 229; Anne Gadomski, Robert Black y W Henry Mosley, «Constraints to the Potential Impact of Child Survival in Developing Countries», *Health Policy and Planning*, 5(3) (1990).

56 V Fauveau, M Yunus, M Shafiqul Islam, A Briend y ML Bennish, «Does ORT Reduce Diarrhoeal Mortality?», *Health Policy and Planning*, Vol. 7 (1992), nº 3, pp. 243250.

57 *Ibid.*.

58 Woodall N, *Appropriate Technology in the Developing World: Oral Rehydration Therapy in Bangladesh*. Discurso para la Unidad Wellcome de Historia de la Medicina, Oxford, UK (1992).

59 Hirschhorn N, Stenglass R, «Are we ignoring different levels of mortality in the Primary Health Care debate?» *Health Policy and Planning* 1989, vol 4.

60 *Programme for the Control of Diarrhoeal Diseases: Ninth Programme Report 1992-1993* OMS, 1994 p. 19.

61 *Ibid.*.

62 Cash R, Keusch GT y Lamstein J, *Child Health and Survival: The UNICEF GOBIFFF Program*, Croom Helms 1987 p.35.

63 *Ibid.*.

64 Glen Williams, *A Simple Solution* (informe especial del UNICEF), p. 9.

65 *Programme for the Control of Diarrhoeal Disease: Ninth Programme Report 1992-1993*, OMS, 1994 p. 16.

66 David Werner, *Donde no hay Doctor, una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*, p. 152.

67 «Diarrhoea and Potassium», *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 7.

68 Gore, Fontaine, Pierce, *BMJ* 1992, 304: 287-91; también: *25 Years of ORS: Joint WHO/ICDDR,B Consultative Meeting on ORS Formulation*. OMS, 1995. p. 3.

69 De una carta que comentaba un borrador inicial de este libro, de un amigo que escribía «de manera no oficial».

70 *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 2.

71 OMS, *The Management and Prevention of Diarrhoea, Practical Guidelines*, Tercera edición, 1993, p. 38.

72 Correspondencia con Norbert Hirschhorn, marzo 1995.

73 OMS, *The Selection of Fluids and Food for Home Therapy to Prevent Dehydration from Diarrhoea: Guidelines for Developing a National Policy*, 1993, p. 2.

74 C MacCormack y A Draper, *Cultural Meanings of Oral Rehydration Salts in Jamaica*, 1988, p. 258, de *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, 1988, editado por Shaak Van Der Geest y Susan Reynolds Whyte.

75 Stina Almroth, Michael Latham, «Rational home management of diarrhoeas», *The Lancet*, Vol. 345, 18 marzo 1995, p. 709 - 711.

76 Conversación personal de David Werner con participantes de la CITRO2.

77 Hema Viswanathan y Jon Eliot Rohde, *Diarrhoea in Rural India: A Nationwide Study of Mothers and Practitioners*, Nueva Delhi: UNICEF/Vision Books, 1990.

78 *Ibid.*, p. 14.

79 *Ibid.*.

- 80 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, pp. 6 y 15.
- 81 «AID's Unpublicized Failure», *Links Health and Development Report*, Vol. 7, nº 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 7.
- 82 UNICEF y Ministerio de Salud Pública de Honduras, *Evaluación del Sistema de Distribución de Sales de Rehidratación Oral en Honduras*, pp. iiiii.
- 83 Siener K, *Wheat based ORS for Afghans* (1989), International Rescue Committee, Peshawar, Pakistan. Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 5.
- 84 Estudio de Rahaman y otros publicado en 1982 en el *American Journal of Public Health*, citado en *Links Health and Development Report*, Vol. 7, nº 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 11.
- 85 Niel Brady, *Forward to Oral Rehydration Therapy: A Revolution in Child Survival*, USAID. Oelgeschlager, Gunn & Hain; Weston MA, USA, 1988.
- 86 MacCormack C y Draper A, *Cultural Meanings of Oral Rehydration Salts in Jamaica*, 1988, p. 286, de *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, 1988, editado por Shaak Van Der Geest y Susan Reynolds Whyte.
- 87 *Programme for the Control of Diarrhoeal Disease: Ninth Programme Report 1992-1993* OMS, 1994 p. 15.
- 88 Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 228.
- 89 Izzedin I Imam, «Peasant Perceptions: Famine», *PeopleCentered Development*, David C Korten, Rudi Klaus, ed. (Kumarian Press 1984), p. 122.
- 90 Green E, «Diarrhea and the Social Marketing of Oral Rehydration Salts in Bangladesh», *Soc Sci Med*, Vol. 23, nº 4 (1986), pp. 357366. Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. II, nº 9 (diciembre 1987), p. 3.
- 91 Información de cartas recibidas desde el Tercer Mundo como respuesta a unas preguntas. Además, David Sanders y David Werner dirigieron una encuesta informal sobre el coste relativo de los sobres de SRO respecto a los ingresos de los pobres de varios países del Tercer Mundo en el Simposio Internacional sobre TRO-BA (una conferencia patrocinada por la *International Child Health Foundation* y la Universidad Aga Khan que tuvo lugar en Karachi, Pakistán, en noviembre de 1989).
- 92 Alan Myers, Benjamin Siegel y Robert Vinci, «Economic Barriers to the Use of Oral Rehydration Therapy: A Case Report», *Journal of the American Medical Association*, Vol. 265 (3 abril 1991), pp. 17241725.
- 93 MA Rub, «Oral Rehydration Therapy (ORT)», *In Touch*, septiembre/octubre 1983, p. 3.
- 94 Norbert Hirschhorn, «Appropriate Health Technology in Egypt», *Middle East Report*, nº 161 (noviembre/diciembre 1989), p. 26; Fitzroy Henry, André Briend y Vincent Fauveau, «Child Survival: Should the Strategy Be Redesigned? Experience from Bangladesh», *Health Policy and Planning*, 5(3) (1990), p. 228; Williams, Baumslag y Jelliffe, *Mother and Child Health: Delivering the Services* (Oxford: Oxford University Press, 1985), p. 84.
- 95 Norbert Hirschhorn, «Appropriate Health Technology in Egypt», *Middle East Report*, nº 161 (noviembre/diciembre 1989), p. 26.
- 96 Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS, 1990, *Health Conditions in the Americas*, edición 1990, Volume II, (Washington, D.C.) p. 49.
- 97 Black, Robert E, Brown HH, Becker S, «Effects of Diarrhea Associated with Specific Enteropathogens on the Growth of Children in Rural Bangladesh», *Pediatrics*, 73:799 (1984). Citado en Mathuram Santosham, «Nutritional Aspects of ORT», en *Symposium Proceedings*,

CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), p. 24.

98 MR Islam et al., «Lobongur (Common Salt and Brown Sugar) Oral Rehydration Solution in the Treatment of Diarrhoea in Adults», *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, nº 83 (1980), p. 44.

99 M ElRafie, WA Hassouna, N Hirschhorn, S Loza, P Miller, A Nagaty, S Nasser y S Riyad, «Effect of Diarrhoeal Disease Control on Infant and Childhood Mortality in Egypt», *The Lancet*, Vol. 335, nº 8685 (10 febrero 1990), pp. 334-338.

100 *Ibid.*, p. 336.

101 Peter Miller y Norbert Hirschhorn, «The Effect of a National Control of Diarrheal Diseases Program on Mortality: the case of Egypt.» *Social Science and Medicine*, 1995. p. S1-S30.

102 Ray Langsten, Kenneth Hill, "Diarrhoeal disease, oral rehydration and Childhood Mortality in Egypt." *Journal of Tropical Pediatrics* Vol. 40. Oct. 1994, p. 272.

103 Norbert Hirschhorn, «Appropriate Health Technology in Egypt», *Middle East Report*, nº 161 (noviembre/diciembre 1989), p. 27.

104 David Werner, «Egypt: Another Approaching Storm on the Desert», *Newsletter from the Sierra Madre*, nº24, junio 1991, p. 6. (documento de HealthWrights).

105 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 6

106 Citado en OMS, *Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, Interim Report*, 1995, p. 35; en agosto de 1994, el Programa Nacional para el Control de la Enfermedad Diarreica y el Programa Nacional para Infecciones Respiratorias Agudas del Ministerio de Salud egipcio llevaron a cabo una encuesta combinada sobre tratamiento casero de diarreas e IRAs en colaboración con la OMS y el UNICEF.

107 Peter Miller y Norbert Hirschhorn, «The Effect of a National Control of Diarrheal Diseases Program on Mortality: the case of Egypt.» *Social Science and Medicine*, 1995, p. S1-S30.

108 Hada Rashad, *The impact on infant and child mortality, reappraisal of the evidence*, 1991, informe entregado en una conferencia patrocinada por el Banco Mundial y la USAID.

109 Hada Rashad, «The Mortality Impact of Oral Rehydration Therapy in Egypt: Reappraisal of Evidence», in Kenneth Hill, ed., *Child Health Priorities for the 1990s* (informe de un seminario patrocinado por la USAID y el Banco Mundial en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, 20-22 junio 1991, publicado por el *Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health Institute for International Programs*, Baltimore, Maryland, 1992), pp. 154-155.

110 Peter Miller y Norbert Hirschhorn, «The Effect of a National Control of Diarrheal Diseases Program on Mortality: the case of Egypt.» *Social Science and Medicine*, 1995. P.67-68.

111 David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1990, pp. 343-356.

112 *Oral Rehydration Therapy: An Annotated Bibliography*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1980.

113 «Roundtable: The Politics of the Solution», *Links Health and Development Report*, Vol. 7 nº 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 12 (la sugerencia nace de comentarios de Ronald Wilson); Carl E Taylor y William B Greenough III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 241.

114 V Fauveau, M Yunus, M Shafiqul Islam, A Briend y ML Bennish, «Does ORT Reduce Diarrhoeal Mortality?», *Health Policy and Planning*, Vol. 7 (1992), nº 3, pp. 243-250.

- 115 Riyad S, El Mougi AA y Hirschhorn N, «After Rehydration, What Happens to the Child?», *J Trop Pediatr*; 1991;37; 1-3.
- 116 «WHO Guidelines: Selection of Home Fluids», *Dialogue on Diarrhoea*, n° 41 (junio 1990), p. 2; David Werner, *Trip Report: Consultation by David Werner for the Mozambique Ministry of Health and UNICEF*, 1-27 septiembre 1987, Maputo y Nampula, Mozambique, p. 17; F Cutts, J Cliff, R Reiss y J Stuckey, «Evaluating the Management of Diarrhoea in Health Centres in Mozambique», *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 91 (1988), pp. 6166.
- 117 Hema Viswanathan y Jon Eliot Rohde, *Diarrhoea in Rural India: A Nationwide Study of Mothers and Practitioners* (New Delhi: UNICEF/Vision Books, 1990).
- 118 *Ibid.*, p. 13.
- 119 La información de este párrafo está basada en la experiencia directa de David Sanders.
- 120 OMS, *Case Management for the Control of Diarrhoeal Diseases in Zimbabwe* (1992), p. 3.
- 121 *Ibid.*
- 122 De una carta del Dr. Robert Moy a los autores.
- 123 R Bradley Sack, «Global View of ORT», en *Symposium Proceedings, Cereal Based Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, D.C., 17 febrero 1987, p. 18; Mathuram Santosham, «Nutritional Aspects of ORT», *Ibid.*, pp. 2425.
- 124 Ruxin, Joshua N, «Magic Bullet: The History of Oral Rehydration Therapy» *Medical History*. 1994. 38: 363-397, page 396.
- 125 Vea David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1990, pp. 574-578.
- 126 Milton Silverman, Philip R. Lee y Mia Lydecker, *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World*, pp. 4059; J.A. WalkerSmith, «Underutilisation of Oral Rehydration in the Treatment of Gastroenteritis», *Drugs*, Vol. 36, Supplement 4 (1988), p. 63; Logan Brenzel y Norbert Hirschhorn, *Executive Summary of the UNICEF Macro and Micro Studies* (informe preparado por John Snow, Inc.), p. 1; Michael Tan, «Who Killed Rosario», *The New Internationalist*, n° 165 (noviembre 1986), p. 8; David Gilbert, «Too Much of a Good Thing», *The New Internationalist*, n° 165 (noviembre 1986), p. 18; Norbert Hirschhorn, «Appropriate Health Technology in Egypt», *Middle East Report*, n° 161 (noviembre-diciembre 1989), p. 27; OMS, *Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, Interim report 1994, 1995*, p. 35.
- 127 *Health Action International*, «No Justification for Continued Production and Sale of Antidiarrhoeals for Children, States New WHO Report» (nota de prensa, 15 febrero 1991).
- 128 *The Prescriber*, noviembre 1992, n°4, p.1.
- 129 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 6.
- 130 David Werner, *Donde no hay Doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*, p. 156, p. 369; Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 231; Dianna Melrose, *Bitter Pills*, OXFAM, 1982, p. 99.
- 131 OMS, *The Rational Use of Drugs in the Management of Acute Diarrhoea in Children* (Génova: OMS, 1990).
- 132 *WHO Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, Interim Programme Report 1990*, pp. 78; WHO Diarrhoeal Disease Control Programme, *Report of the Twelfth Meeting of the Technical Advisory Group* (Génova, 1822 marzo 1991), pp. 1516.
- 133 *WHO Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, Interim Programme Report 1990*, p. 8.

- 134 OMS, *The Rational Use of Drugs in the Management of Acute Diarrhoea in Children*, p. 1.
- 135 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 15.
- 136 Andrew Chetley, «Dumped on Third World: Harmful, Useless Drugs for Diarrhoea», *Third World Resurgence*, n° 10 (junio 1991), p. 5.
- 137 D Mahalanabis, «Development of an Improved Formulation of Oral Rehydration Salts (ORS) with Antidiarrhoeal and Nutritional Properties: a 'Super ORS'» (artículo publicado por el Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas de la OMS), p. 2.
- 138 Logan Brenzel y Norbert Hirschhorn, *Executive Summary of the UNICEF Macro and Micro Studies* (informe preparado por John Snow, Inc.), p. 3.
- 139 Glen Williams, *A Simple Solution* (informe especial del UNICEF), pp. 57.
- 140 David A. Sack, «Use of Oral Rehydration Therapy in Acute Watery Diarrhoea: A Practical Guide», *Drugs* 41(4) 566-573; Parveen Rasheed, «Perceptions of Diarrhoeal Diseases among Mothers and Mothers-to-Be: Implications for Health Education in Saudi Arabia», *Social Science and Medicine*, Vol. 36 n° 3, 1993, pp. 373-377.
- 141 James Grant, «Marketing Child Survival», *Assignment Children: A Journal Concerned with Children, Women and Youth in Development* (UNICEF), 65/68 (1984), p. 3.
- 142 C MacCormack y A Draper, Cultural Meanings of Oral Rehydration Salts in Jamaica, 1988, pp. 286, 287, de *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, 1988, editado por Sjaak Van Der Geest y Susan Reynolds Whyte.
- 143 Viswanathan y Rohde, *Diarrhoea in Rural India*, pp. 1213.
- 144 Veá David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1990, pp. 2830, 300307, 461-474.
- 145 David Werner, *Trip Report: Consultation by David Werner for the Mozambique Ministry of Health and UNICEF*, 1-27 septiembre 1987, Maputo y Nampula, Mozambique, p. 17.
- 146 «WHO Guidelines: Selection of Home Fluids», *Dialogue on Diarrhoea*, n° 41 (junio 1990), p. 2; David Werner, *Trip Report: Consultation by David Werner for the Mozambique Ministry of Health and UNICEF*, 1-27 septiembre 1987, Maputo y Nampula, Mozambique, p. 17; F Cutts, J Cliff, R Reiss y J Stuckey, «Evaluating the Management of Diarrhoea in Health Centres in Mozambique», *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 91 (1988), pp. 6166.
- 147 C MacCormack y A Draper, *Cultural Meanings of Oral Rehydration Salts in Jamaica*, 1988, pp. 286, 287, de *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, 1988, editado por Sjaak Van Der Geest y Susan Reynolds Whyte.
- 148 Richard Feachem, «Oral Rehydration with Dirty Water?», *Diarrhoea Dialogue*, n° 4 (febrero 1981), p. 14; David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1990, p. 293.
- 149 Programa para el Control de la Enfermedad Entérica, Control de Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Organización Panamericana de la Salud, *Epidemiological Bulletin* (publicación de la Organización Panamericana de la Salud), Vol. 3, n° 4 (1982), p. 14.
- 150 *The Prescriber*, noviembre 1992, n°4, UNICEF en colaboración con la *United States Pharmacopeial Convention, Inc.*, p. 2.
- 151 *Ibid.*, p. 6.
- 152 Anne E. Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Disease*, Worldwatch Institute paper 129, abril 1996, pp. 43, 60.
- 153 Iftikhar A Malik, Seema Azim, Mary Jo Good, Muhammad Iqbal, Muhammad Nawaz, Lubna

- Ashraf y Noreen Bukhtiari, «Feeding Practices for Young Pakistani Children: Usual Diet and Diet During Diarrhoea», *J Diarrhoeal Dis Res*, sept. 1991, 213-218.
- 154 WHO Division of Diarrhoea and Acute Respiratory Disease Control, *Interim Report 1994*, 1995, p. 72.
- 155 Joshua Ruxin, *Magic Bullet: The History of Oral Rehydration Therapy*, *Medical History*, 1994, 38: 363-397, pp. 376- 377.
- 156 «Roundtable: The Politics of the Solution», *Links Health and Development Report*, Vol. 7, n° 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 15 (afirmación de Norbert Hirschhorn); Bradley Sack, "Global View of ORT", en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, D.C., 17 febrero 1987, p. 16
- 157 Daniel Pizarro, Bernardita Catillo, Gloria Posada et al., «Efficacy Comparison of Oral Rehydration Solutions Containing Either 90 or 75 millimoles of Sodium per Liter», *Pediatrics*, Vol. 79, n° 2 (febrero 1987), citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Volume II, n° 4 (julio 1987), pp. 45; Mac Otten, «Manual for Teaching Women Cereal, Flour, Salt ORT» (Save the Children Federation Health Unit, noviembre 1986), p. 17.
- 158 OMS, «Oral Rehydration Therapy for Treatment of Diarrhoea in the Home» (documento de trabajo, 1986); «Household Management of Diarrhea and Acute Respiratory Infections» (Monografía n°12, «Report of a Scientific Meeting at the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health in Collaboration with the United Nations Children's Fund and the Diarrhoeal Diseases and Acute Respiratory Infections Control Programmes of the World Health Organization», noviembre 1990), p. 5.
- 159 Bonita F Stanton, Michael GM Rowly, John D Clements, «Oral Rehydration Solution—Too Little or Too Much», *The Lancet*, enero 1987, pp. 3334. Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. II, n° 4 (julio 1987), pp. 23; OMS, «Oral Rehydration Therapy for Treatment of Diarrhoea in the Home» (documento de trabajo, 1986); «Household Management of Diarrhea and Acute Respiratory Infections» (Monografía n°12, «Report of a Scientific Meeting at the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health in Collaboration with the United Nations Children's Fund and the Diarrhoeal Diseases and Acute Respiratory Infections Control Programmes of the World Health Organization», noviembre 1990), p. 2.
- 160 David Werner, *Donde no hay Doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*, p. 152, p. 368.
- 161 LO Nwoye, PE Uwagboe y GU Madubuko, «Evaluation of HomeMade SaltSugar Oral Rehydration Solution in a Rural Nigerian Population», *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91(1) (febrero 1988), pp. 2327. ; *WHO Division of Diarrhoea and Acute Respiratory Disease Control, Interim Report 1994*, 1995, p. 67.
- 162 *Programme for the Control of Diarrhoeal Disease: Ninth Programme Report 1992-1993*, OMS, 1994 p. 51; *Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, Interim Report 1994*, OMS, 1995 p. 67.
- 163 «25 Years of ORS: Joint WHO/ICDDR, Consultative Meeting on ORS Formulation», 1994, p. 5, en OMS, *Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, Interim report 1994*, 1995, p. 70, se da un rango de osmolaridad total de 225-260 mmol/l, con 75-90 mmol/l de glucosa y 60-75 mmol/l de sodio.
- 164 OMS, «Summary of Guidelines for Early Home Therapy to Prevent Dehydration», Annex 1, pp. 12.
- 165 Correspondencia personal de William Greenough con David Werner, enero 1995.
- 166 MK Bhan, NK Arora et al., «Major Factors in Diarrhoea Related Mortality among Rural

Children», *Indian Journal of Medical Research*, Vol. 83 (enero 1986), pp. 912 (Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. 1, n° 5 (julio 1986), pp. 12; Bonita Stanton, John Clemens, Tajkera Khair et al., «Followup of Children Discharged from Hospital after Treatment for Diarrhoea in Urban Bangladesh», *Tropical and Geographical Medicine*, 1986, pp. 113118.

167 Kent, pp. 6465.

168 Iftikhar A Malik, Seema Azim, Mary Jo Good, Muhammad Iqbal, Muhammad Nawaz, Lubna Ashraf y Noreen Bukhtiari, «Feeding Practices for Young Pakistani Children: Usual Diet and Diet During Diarrhoea», *J Diarrhoeal Dis Res*, sept. 1991, 213-218.

169 E Isolauri, T Vesikari, P Saha et al., «Milk versus No Milk in Rapid Refeeding after Acute Gastroenteritis», *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Vol. 5, n° 2 (1986), pp. 254261 (Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. 1, n° 7 (septiembre 1986), pp. 23 (vea también «Editorial Comment», *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. II, n° 3 (marzo 1987), p. 3; Mathuram Santosham, «Nutritional Aspects of ORT», en *Symposium Proceedings, Cereal Based Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), pp. 2427; Bradley Sack, «Global View of ORT», *Ibid.*, p. 18.

170 Anne Gadomski, Robert Black y W Henry Mosley, «Constraints to the Potential Impact of Child Survival in Developing Countries», *Health Policy and Planning*, 5(3) (1990), p. 236, p. 241; Robert Halpern, «A Child Survival and Development Revolution?», *International Journal of Early Childhood*, Vol. 18, n° 1 (1986), p. 45.

171 Anne Gadomski, Robert Black y W Henry Mosley, «Constraints to the Potential Impact of Child Survival in Developing Countries», *Health Policy and Planning*, 5(3) (1990), p. 236, p. 241; Robert Halpern, «A Child Survival y Development Revolution?», *International Journal of Early Childhood*, Vol. 18, n° 1 (1986), p. 45.

172 Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 221.

173 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1988*, p. 3.

174 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1992*, p. 11.

175 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 22.

176 André Briend, «Is Diarrhoea a Major Cause of Malnutrition among the Underfives in Developing Countries? A Review of Available Evidence», *European Journal of Clinical Nutrition*, 44 (1990), pp. 611628; André Briend, Kh Zahid Hasan, KMA Aziz y Bilais A Hoque, «Are Diarrhea Control Programmes Likely to Reduce Childhood Malnutrition? Observations from Rural Bangladesh», *The Lancet*, 5 agosto 1989, pp. 319322; Fitzroy Henry, André Briend y Vincent Fauveau, «Child Survival: Should the Strategy be Redesigned? Experience from Bangladesh», *Health Policy and Planning*, Vol. 5 (1990), n° 3, pp. 226234; RJD Moy et al, «Is diarrhea a major cause of malnutrition in developing countries? Analysis of data from rural Zimbabwe.» Institute of Child Health, University of Birmingham, UK.

177 RJD Moy et al, «Is diarrhea a major cause of malnutrition in developing countries? Analysis of data from rural Zimbabwe.» *Eur J Clin Nutr* 1994; 48:810-821.

178 Becker Stan, Black Robert E, Brown, Kenneth H, «Relative Effects of diarrhea, fever and dietary energy intake on weight gain in rural Bangladeshi children.» *American Journal of Clinical Nutrition*, junio 1991; 53: pp. 1499-1503.

179 *Ibid.*

180 Carl E Taylor y Xu Zhao Yu, «Oral Rehydration in China», *American Journal of Public Health*, Vol. 76, n° 2 (1986), p. 187.

181 F Henry, A Briend y V Fauveau, «Child Survival: Should the Strategy be Redesigned? Experience from Bangladesh», *Health Policy and Planning*, Vol. 5 (1990), nº 3, p. 230.

182 N Hirschhorn y WB Greenough III, «Progress in Oral Rehydration Therapy», *Scientific American*, Vol. 264, nº 5 (mayo 1991), p. 56; «Household Behavior and the Role of Community Participation in ORT Efforts» (ICORT III Panel Issue Paper), pp. 910; Jon E Rohde, «Therapeutic Interventions in Diarrhoea», *Food and Nutrition Bulletin*, Vol. 3, nº 4, p. 35; Mohamed I Hegazy, Osman M Galal, Mahmoud T ElMougy, Sue WallaceCabin y Gail G Harrison, «Composition of Egyptian Home Remedies for Diarrhea», *Ecology of Food and Nutrition*, Vol. 19 (1987), p. 248; Jaime L Palacios Treviño y Gabriel Manjárez, «Nuevos aspectos de la rehidratación por vía oral en niños: un método sencillo de tratamiento», *Revista Mexicana de Pediatría*, febrero 1982, p. 70; Soeprapto, Yati Soenarto, Nelwan, PA Moenginah y Ismangoen, «Feeding Children with Diarrhea» (Departamento de Salud Infantil, Facultad de Medicina, Gadjah Mada University, Yogyakarta, Indonesia); MA Rub, «Oral Rehydration Therapy (ORT)», *In Touch*, septiembre/octubre 1983, p. 3; E Isolauri, T Vesikari, P Saha et al., «Milk versus No Milk in Rapid Refeeding after Acute Gastroenteritis», *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Vol. 5, nº 2 (1986), pp. 254261 (Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. 1, nº 7, septiembre 1986, pp. 23), vea también «Editorial Comment», *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. II, nº 3, marzo 1987, p. 3; Daniel Pizarro, Bernardita Catillo, Gloria Posada et al., «Efficacy Comparison of Oral Rehydration Solutions Containing either 90 or 75 Millimoles of Sodium per Liter», *Pediatrics*, Vol. 79, nº 2 (febrero 1987), pp. 190195 (Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. II, nº 4 (julio 1987), p. 5; Richard A Cash, «A History of the Development of Oral Rehydration Therapy (ORT)», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), p. 10; Bradley Sack, «Global View of ORT», en *Ibid.*, pp. 1718; «Household Management of Diarrhea and Acute Respiratory Infections» (Monografía nº12, «Report of a Scientific Meeting at the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health in Collaboration with the United Nations Children's Fund and the Diarrhoeal Diseases and Acute Respiratory Infections Control Programmes of the World Health Organization», noviembre 1990), p. 2; Carl E Taylor y William B Greenough, III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 225, p. 241; World Health Organization, «Summary of Guidelines for Early Home Therapy to Prevent Dehydration», Annex 1, pp. 12.

183 E Isolauri, T Vesikari, P Saha et al., «Milk versus No Milk in Rapid Refeeding after Acute Gastroenteritis», *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Vol. 5, nº 2 (1986), pp. 254261 (Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. 1, nº 7, septiembre 1986, pp. 23), vea también «Editorial Comment», *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. II, nº 3, marzo 1987, p. 3; Mathuram Santosham, «Nutritional Aspects of ORT», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), p. 27; Bradley Sack, «Global View of ORT», *Ibid.*, pp. 1718.

184 Norbert Hirschhorn y William B Greenough III, «Progress in Oral Rehydration Therapy», *Scientific American*, Vol. 264, nº 5 (mayo 1991), pp. 5556; Mathuram Santosham, «Nutritional Aspects of ORT», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), pp. 2427.

185 Correspondencia personal con Norbert Hirschhorn, apoyada por su artículo: «The Effect of a National Control of Diarrheal Diseases Program on Mortality, the case of Egypt», *Soc Sci Med*, marzo, 1995.

186 CE Taylor y WB Greenough III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 225; Iftikhar A Malik, Seema Azim, Mary Jo Good, Muhammad Iqbal,

Muhammad Nawaz, Lubna Ashraf y Noreen Bukhtiari, «Feeding Practices for Young Pakistani Children: Usual Diet and Diet During Diarrhoea», *J Diarrhoeal Dis Res*, sept. 1991, 213-218.

187 Beaton, G, Martorell R, L'Abbe K, Edmonston B, McCabe G, Ross A y Harvey B, *Effectiveness of Vitamin A Supplementation in the Control of Young Child Morbidity and Mortality in Developing Countries*, informe final para CIDA, Universidad de Toronto, 1992.

188 «Controlling Vitamin A Deficiency», ACC/SCN State-of-the-Art Series, Nutrition Policy Discussion Paper n° 14, OMS, Génova, 1994.

189 Peter Miller y Norbert Hirschhorn, «The effect of a National Control of Diarrheal Diseases Program on Mortality: the case of Egypt.» *Soc Sci Med*, 40 (10), mayo 1995, p. S1-S30.

190 Felicity Savage King y Ann Burgess, *Nutrition for Developing Countries*, 2ª edición, 1992, p. 93; «Reducing Infection», *Dialogue on Diarrhoea*, n° 46 (septiembre 1991), p. 5.

191 Syra L Huffman y Adwoa Steel, *Do Child Survival Interventions Reduce Malnutrition: The Dark Side of Child Survival* (artículo publicado por Nurture/Centro para la Prevención de la Malnutrición Infantil, 1992), pp. Iii.

192 CE Taylor y WB Greenough, III, «Control of Diarrheal Diseases», *Annual Review of Public Health*, Vol. 10 (1989), p. 235.

193 John D Clemens et al., «Breast Feeding and the Risk of Severe Cholera in Rural Bangladeshi Children», *American Journal of Epidemiology*, Vol. 131, n° 3 (1990), pp. 400-411; CG Victora et al., «Evidence for Protection by Breast Feeding Against Infant Deaths from Infectious Diseases in Brazil», *The Lancet*, 1987, n° 2, pp. 319-321. Citado en Fitzroy Henry, André Briend y Vincent Fauveau, «Child Survival: Should the Strategy Be Redesigned? Experience from Bangladesh», *Health Policy and Planning*, Vol. 5, n° 3 (1990), p. 231; UNICEF/OMS/UNESCO, *Para la Vida*, 1989, p. 20.

194 Margaret E Bentley, «Sociocultural Factors Involved in an Intervention to Improve Weaning Practices in Kwara State, Nigeria» (artículo presentado en el Taller para la Mejora de las Prácticas Alimentarias de los Niños para Prevenir la Diarrea o Reducir su Gravedad: patrocinado por el Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas de la OMS y la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, 25-28 abril 1988); Kenneth H. Brown, «Nutritional Status during Weaning and its Relation to Diarrheal Morbidity» (documento presentado en el mismo taller).

195 WH Mosley y LC Chen, «An Analytic Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries», en W. Henry Mosley y Lincoln C. Chen, Eds., *Child Survival* (Cambridge: Cambridge University Press, 1984), pp. 25-45. Citado por Kent, p. 66.

196 *Ibid.*

197 Citado en USAID, *Oral Rehydration Therapy: A Revolution in Child Survival*. Oelgeschlager, Gunn & Hain, Weston MA, 1988. p. 16.

198 AM Molla et al., «Ricepowder Electrolyte Solution as Oral Therapy in Diarrhoea due to Vibrio Cholera and Escherichia Coli», *The Lancet*, 12 junio 1982, pp. 1317-1319; JW Kleevens, «Rice Water for Infant Gastroenteritis», *The Lancet*, 8 agosto 1981; TF Ho, W CL Yip, JSH Tay y K Vellayappan, «Rice Water and Milk: Effect on Ileal Fluid Osmolality and Volume», *The Lancet*, 16 enero 1982, p. 169; FC Patra et al., «Is Oral Rice Electrolyte Solution Superior to Glucose Electrolyte Solution in Infantile Diarrhoea?», *Arch Dis Child*, 57 (1982), pp. 910-912; William B Greenough, III, «Status of Cereal Based Oral Rehydration Therapy», en *Symposium Proceedings, Cereal Based Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), pp. 303-1; Bradley Sack, «Global View of ORT», *Ibid.*, p. 17; MK Bhan et al., «Comparison of Acceptability and Use of Different Home Made Solutions for

Early Treatment of Diarrhoea in Rural Children», (artículo preparado para el Departamento de Pediatría, *All India Institute of Medical Sciences*); MK Bhan et al., «Efficacy of 'Mung' Bean (Lentil) and Pop Rice Based Rehydration Solutions in Comparison with the Standard Glucose Electrolyte Solution» (artículo preparado para el Departamento de Pediatría, *All India Institute of Medical Sciences*); Daniel Pizarro et al., «RiceBased Oral Electrolyte Solutions for the Management of Infantile Diarrhea», *New England Journal of Medicine*, 21 febrero 1991, pp. 517521; PR Kenya et al., «CerealBased Oral Rehydration Solutions», *Archives of Diseases in Childhood*, Vol. 64 (1989), pp. 10321035; «Recent Advances in the Development of Improved ORS» (informe publicado por el PCED de la OMS), p. 9.

199 TF Ho, William CL Yip, John SH Tay y K Vellayappan, «Rice Water and Milk: Effect on Ileal Fluid Osmolality and Volume», *The Lancet*, 16 enero 1982, p. 169; JW Kleeven, «Rice Water for Infant Gastroenteritis», *The Lancet*, 8 agosto 1981, p. 306.

200 AM Molla et al., «RicePowder Electrolyte Solution as Oral Therapy in Diarrhoea due to Vibrio Cholera and Escherichia Coli», *The Lancet*, Vol. 1, n° 8285 (12 junio 1982), p. 1319.

201 OMS, «Oral Rehydration Therapy for Treatment of Diarrhoea in the Home» (documento de trabajo, 1986).

202 Carl E Taylor y Xu Zhao Yu, "Oral Rehydration in China", *American Journal of Public Health*, Vol. 76, n° 2 (febrero 1986), pp. 187189 (Citado en *PRITECH's Technical Literature Update*, Vol. 1, n° 6 (agosto 1986), p. 4); JW Kleeven, «Rice Water for Infant Gastroenteritis», *The Lancet*, 8 agosto 1981, p. 306.

203 George Davey Smith, «Beliefs and Action», *Links Health and Development Report*, Vol. 7, n° 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 13.

204 OMS, «Oral Rehydration Therapy for Treatment of Diarrhoea in the Home» (documento de trabajo, 1986).

205 AM Molla et al., «RicePowder Electrolyte Solution as Oral Therapy in Diarrhoea due to Vibrio Cholera and Escherichia Coli», *The Lancet*, Vol. 1, n° 8285 (12 junio 1982), p. 1317-1319; WB Greenough III y AM Molla, «Cereal based Oral Rehydration Solutions», *The Lancet*, Vol. 2, n° 8302 (9 octubre 1982), p. 823. Veá también FC Patra, D Mahalanabis, KN Jalan, A Sen y P Banerjee, «Is Oral Rice Electrolyte Solution Superior to Glucose Electrolyte Solution in Infantile Diarrhoea?», *Arch Dis Child*, n° 57 (1982), pp. 910912; D Mahalanabis, MH Merson, D Barua, «Oral Rehydration Therapy—Recent Advances», *World Health Forum*, Vol. 2, n° 2 (1981), pp. 245249; William B Greenough, III, «Status of CerealBased Oral Rehydration Therapy», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), pp. 3031; AN Alam, SA Sarker, AM Molla, MM Rahaman y WB Greenough, «Hydrolysed Wheat Based Oral Rehydration Solution for Acute Diarrhoea», *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 62, p. 440-444, 1987.

206 FC Patra et al., «Is Oral Rice Electrolyte Solution Superior to Glucose Electrolyte Solution in Infantile Diarrhoea?», *Arch Dis Child*, n° 57 (1982), pp. 910912; D Mahalanabis, «Development of an Improved Formulation of Oral Rehydration Salts (ORS) with Antidiarrhoeal and Nutritional Properties: a 'Super ORS'» (documento publicado por el PCED de la OMS), p. 9; «ORT Today and Tomorrow», *Dialogue on Diarrhoea*, n° 41 (junio 1990), p. 1; P Lepage et al., «Food based Oral Rehydration Salt Solution for Acute Childhood Diarrhoea», Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, n° 41 (junio 1990), p. 4; A Bari et al., «Community Study of Rice Based ORS in Rural Bangladesh», ICDDR, Bangladesh, Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, n° 41 (junio 1990), p. 5; «Roundtable: The Politics of the Solution», *Links Health and Development Report*, Vol. 7, n° 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 12 (comentario de Norbert Hirschhorn); William B Greenough, III, «Status of CerealBased Oral Rehydration Therapy», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International*

Child Health Foundation y el National Council for International Health, Washington, D.C., 17 febrero 1987), pp. 3031; UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1987*, p. 39; MK Bhan et al., «Comparison of Acceptability and Use of Different Home Made Solutions for Early Treatment of Diarrhoea in Rural Children», (artículo preparado para el Departamento de Pediatría, *All India Institute of Medical Sciences*); MK Bhan et al., «Efficacy of 'Mung' Bean (Lentil) and Pop Rice Based Rehydration Solutions in Comparison with the Standard Glucose Electrolyte Solution» (artículo preparado para el Departamento de Pediatría, *All India Institute of Medical Sciences*); «Household Management of Diarrhea and Acute Respiratory Infections» (Monografía nº12, «Report of a Scientific Meeting at the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health in Collaboration with the UNICEF and the Diarrhoeal Diseases and Acute Respiratory Infections Control Programmes of the World Health Organization», noviembre 1990), p. 6; «More on RiceBased ORS for Children with Diarrhoea», *Essential Drugs Monitor* (publicación del Programa de Acción sobre Medicinas Esenciales y Vacunas de la OMS, nº 11 (1991), p. 14; «RiceBased ORS», *Update* (publicación del PCED de la OMS, nº 7 (agosto 1990), p. 3; «Recent Advances in the Development of Improved ORS» (informe publicado por el PCED de la OMS), pp. 79; «Notes on the Composition and Presentation of Products for Oral Rehydration» (informe publicado por el PCED de la OMS), p. 2; D Pizarro, G Posada, L Syi y JR Morán, «Ricebased Oral Electrolyte Solutions for the Management of Infantile Diarrhea», *New England Journal of Medicine*, 324 (1991), pp. 517521.

207 «25 Years of ORS: Joint WHO/ICDDR,B Consultive Meeting on ORS Formulation» OMS, 1994, p. 3.

208 Norbert Hirschhorn y William B Greenough III, «Progress in Oral Rehydration Therapy», *Scientific American*, Vol. 264, nº 5 (mayo 1991), p. 54; D Mahalanabis, «Development of an Improved Formulation of Oral Rehydration Salts (ORS) with Antidiarrhoeal and Nutritional Properties: a 'Super ORS'» (publicación del PCED de la OMS), p. 2; Bradley Sack, «Global View of ORT», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987, p. 16); UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1987*, p. 39; Robert Halpern, «A Child Survival and Development Revolution?», *International Journal of Early Childhood*, Vol. 18, nº 1 (1986), pp. 4849.

209 MK Bhan et al., «Efficacy of 'Mung' Bean (Lentil) and Pop Rice Based Rehydration Solutions in Comparison with the Standard Glucose Electrolyte Solution» (artículo preparado para el Departamento de Pediatría, *All India Institute of Medical Sciences*), p. 8, p. 9, p. 11.

210 *Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control—Interim Report 1994*, OMS, 1995, p. 69

211 «25 Years of ORS: Joint WHO/ICDDR,B Consultive Meeting on ORS Formulation», Dhaka, Bangladesh, 10-12 diciembre 1994, p. 1.

212 *Ibid.*, p.3

213 PCED de la OMS, *Report of the Twelfth Meeting of the Technical Advisory Group* (Génova, 1822 marzo 1991), p. 13.

214 A partir de cartas y comunicacioón personal con dirigentes de la *International Child Health Foundation*, Columbia, Maryland.

215 William B Greenough, III, «Status of CerealBased Oral Rehydration Therapy», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), pp. 3031; Bradley Sack, "Global View of ORT", *Ibid.*, p. 17.

216 Vea, por ejemplo, K Siener, «Wheat based ORS for Afghans», *International Rescue Committee*, Peshawar, Pakistán (Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), pp. 45), para el **trigo**; y P Lepage et al., «Food based Oral Rehydration Salt Solution for Acute Childhood Diarrhoea» (Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 4), para el **sorgo**; Bradley Sack, «Global View of ORT», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), p. 17, para el **maíz**.

217 William B Greenough, III, «Status of CerealBased Oral Rehydration Therapy», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), pp. 3031; P Howard et al., «Proposed Use of Sweet Potato Water as a Fluid for Oral Rehydration Therapy for Diarrhoea», Papua New Guinea Institute of Medical Research, Goroka, Papua Nueva Guinea (Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 4); Bradley Sack, «Global View of ORT», en *Symposium Proceedings, CerealBased Oral Rehydration Therapy: Theory and Practice* (actas de un simposio patrocinado por la *International Child Health Foundation* y el *National Council for International Health*, Washington, D.C., 17 febrero 1987), p. 17.

218 SS Buccimazza, ID Hill, MA Kibel y MD Bowie, «The Composition of Homemade Sugar/Electrolyte Solutions for Treating Gastroenteritis», *South Africa Medical Journal*, Vol. 70 (6 diciembre 1986), p. 730.

219 Molla AM, Ahmed SM y Greenough III WB, «Rice-based Oral Rehydration Solution Decreases Stool Volume in Acute Diarrhoea.» *Bulletin of the WHO*, 63:4, 1985, pp 751-56; FC Patra et al., «Is Oral Rice Electrolyte Solution Superior to Glucose Electrolyte Solution in Infantile Diarrhoea?», *Arch Dis Child*, 57 (1982), pp. 910912; D Mahalanabis, «Development of an Improved Formulation of Oral Rehydration Salts (ORS) with Antidiarrhoeal and Nutritional Properties: a 'Super ORS'» (publicación del PCED de la OMS), p. 9; «ORT Today and Tomorrow», *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 1; P Lepage et al., «Food based Oral Rehydration Salt Solution for Acute Childhood Diarrhoea», Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 4; A Bari et al., «Community Study of Rice Based ORS in Rural Bangladesh», International Centre for Diarrhoeal Diseases Research, Bangladesh, Citado en *Dialogue on Diarrhoea*, nº 41 (junio 1990), p. 5; «Roundtable: The Politics of the Solution», *Links Health and Development Report*, Vol. 7, nº 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 12 (comentario de Norbert Hirschhorn).

220 USAID, *Oral Rehydration Therapy: A Revolution in Child Survival*. Oelgeschlager, Gunn & Hain, Weston MA, 1988. p. 25. También Molla AM, Ahmed SM y Greenough III WB, «Rice-based Oral Rehydration Solution Decreases Stool Volume in Acute Diarrhoea.», *Bulletin of the WHO*, 63:4, 1985, pp 751-56.

221 JC Waterlow y PR Payne, «The Protein Gap», *Nature*, Vol 258, nov. 13, 1976, p. 117; David Morley y Margaret Woodly, *See How They Grow, Monitoring Child Growth for Appropriate Health Care in Developing Countries*, Macmillan Press, 1979, p. 80.

222 V Fauveau, M Yunus, M Shafiqul Islam, A Briend y ML Bennish, «Does ORT Reduce Diarrhoeal Mortality?», *Health Policy and Planning*, Vol. 7 (1992), nº 3, pp. 243250; Juliana Yartey, Francis Nkrumah, Hiroki Hori, Kofi Harrison y Doris Armar, «Clinical Trial of Fermented Maize-based Oral Rehydration Solution in the Management of Acute Diarrhoea in Children», *Annals of Tropical Paediatrics*, (1995), 15, 61-68.

223 Carol P MacCormack, «Health and the Social Power of Women», *Social Science and Medicine*, 26 nº 7 (1988), p. 677. Citado en Kent, p. 115.

224 Raj. K Sachar et al., «HomeBased Education of Mothers in Treatment of Diarrhoea with Oral Rehydration Solution», *Journal of Diarrhoeal Disease Research*, Vol. 3, nº 1 (marzo 1985), p. 30; V Fauveau, M Yunus, M Shafiqul Islam, A Briend y ML Bennish, «Does ORT Reduce Diarrhoeal

- Mortality?», *Health Policy and Planning*, Vol. 7 (1992), n° 3, pp. 243-250.
- 225 N Hirschhorn y WB Greenough III, «Progress in Oral Rehydration Therapy», *Scientific American*, Vol. 264, n° 5 (mayo 1991), p. 54; «Roundtable: The Politics of the Solution», *Links Health and Development Report*, Vol. 7, n° 3/4 (otoño/invierno 1990), p. 12 (comentario de Norbert Hirschhorn).
- 226 C MacCormack y A Draper, *Cultural Meanings of Oral Rehydration Salts in Jamaica*, 1988, p. 285, de *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, 1988, editado por Shaak Van Der Geest y Susan Reynolds Whyte.
- 227 David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1990, pp. 461-466.
- 228 *Dialogue on Diarrhoea*, n° 41 (junio 1990), p. 1.
- 229 Juliana Yartey, Francis Nkrumah, Hiroki Hori, Kofi Harrison y Doris Armar, «Clinical Trial of Fermented Maize-based Oral Rehydration Solution in the Management of Acute Diarrhoea in Children», *Annals of Tropical Paediatrics*, (1995) 15, pp. 61, 67.
- 230 PCED de la OMS, *Interim Programme Report 1990*, p. 23.
- 231 Estudio sin publicar de Helen Murphy, Mojid Molla, Abdul Bari y Norbert Hirschhorn, con familias de refugiados afganos. (Este estudio fue enviado al *Journal of Tropical Paediatrics*, cuyos evaluadores dijeron que la TRO basada en cereales ya estaba probada, ¿para qué otro artículo?)
- 232 D Mahalanabis, «Development of an Improved Formulation of Oral Rehydration Salts (ORS) with Antidiarrhoeal and Nutritional Properties: A 'Super ORS'» (publicado por el PCED de la OMS), p. 9; Roger M Goodall, «Editorial Perspective», *Journal of Diarrhoeal Disease Research*, 3 (4) (diciembre 1985), pp. 197-198.
- 233 PCED de la OMS, *Report of the Twelfth Meeting of the Technical Advisory Group* (Génova, 18-22 marzo 1991), p. 13.
- 234 Taller sobre «Improving Young Child Feeding in Eastern and Southern Africa» patrocinado por UNICEF, SIDA (la Swedish International Development Authority) y IDRC (el Canadian International Development Research Committee) y celebrado en Nairobi, Kenia, en octubre de 1987, que proporcionó documentos sustanciales sobre los beneficios de los atoles fermentados y la harina germinada como alimentos para el destete. Vea A Tomkins, D Alnwick y P Haggerty, «Fermented Foods for Improving Child Feeding in Eastern y Southern Africa: A Review», en D Alnwick, S Moses y OG Schmidt (Eds.), *Improving Young Child Feeding in Eastern y Southern Africa: Household Level Food Technology*—Actas de un taller celebrado en Nairobi, Kenya, 12-16 octubre 1987, p. 136.
- 235 J Yartey, F Nkrumah, H Hori, K Harrison y D Armar, «Clinical Trial of Fermented Maize-based Oral Rehydration Solution in the Management of Acute Diarrhoea in Children», *Annals of Tropical Paediatrics*, (1995) 15, pp. 61-68; Mensah PPA, Tomkins AM, Drasar BS, Harrison TJ, «Effect of Fermentation of Ghanaian Maize Dough on the Survival and Proliferation of Four Strains of *Shigella Flexneri*», *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, (1988) 82, pp. 635-636; Mensah et al, «Fermentation of Cereals for Reduction of Bacterial Contamination of Weaning Foods in Ghana», *The Lancet* (1990), 336: pp. 140-143; Nout MJR, Rombouts FM, Hautvast GJ, «Accelerated Natural Lactic Acid Fermentation of Infant Food Formulations», *International Journal of Food Microbiology*, (1989) Jul. 8(4) pp. 351-361 (Citado por Yartey).
- 236 David Werner, «Egypt: Another Approaching Storm in the Desert», *Newsletter from the Sierra Madre*, junio, 1991, p. 1-11. (documentos de HealthWrights)
- 237 A Tomkins, D Alnwick y P Haggerty, «Fermented Foods for Improving Child Feeding in Eastern and Southern Africa: A Review», en D Alnwick, S Moses y OG Schmidt (Eds.), *Improving Young Child Feeding in Eastern and Southern Africa: Household Level Food Technology*—Actas de

un taller celebrado en Nairobi, Kenya, 1216 octubre 1987, p. 138; Patience PA Mensah, Andrew Tomkins y Bohumil Drasar, «Fermented Food: Reducing Contamination», *Dialogue on Diarrhoea*, n° 40 (marzo 1990), p. 3.

238 *Ibid.*, A Tomkins et al., p. 138.

239 *Ibid.*, p. 157.

240 *Ibid.*, «Executive Summary», p. xv.

241 *Ibid.*, p. 138.

242 KH Brown, KL Dickin, ME Bentley, GA Oni, VT Obasaju, SA Esrey, S Mebrahtu, I Alade y RY Stallings, «Consumption of Weaning Foods from Fermented Cereals in Kwara State, Nigeria», en D Alnwick, S Moses y OG Schmidt (Eds.), *Improving Young Child Feeding in Eastern and Southern Africa: Household Level Food Technology*—Actas de un taller celebrado en Nairobi, Kenya, 1216 octubre 1987, p. 138, pp. 186187; «Solving the Weanling's Dilemma: PowerFlour to Fuel the Gruel?», *The Lancet*, Vol. 338, 7 septiembre 1991, pp. 604605.

243 KH Brown, KL Dickin, ME Bentley, GA Oni, VT Obasaju, SA Esrey, S Mebrahtu, I Alade y RY Stallings, «Consumption of Weaning Foods from Fermented Cereals in Kwara State, Nigeria», en D Alnwick, S Moses y OG Schmidt (Eds.),

PARTE 3

1 T McKeown y CR Lowe, *An Introduction to Social Medicine*, Blackwell, Oxford, 1974, p. 237.

2 *Weekly Reports of the Department of Health, New York City*, vol. ZZI, n° 50, 17 diciembre 1932, p 396, citado en Walsh McDermott, *Modern medicine and the demographic-disease pattern of overly traditional societies: a technological misfit*, citado también en *Assignment Children* 61/62, UNICEF, 1983.

3 Edgar Mohs, «Changing Health Paradigms in Costa Rica», *Reaching Health for All*, eds. Jon Rohde, Meera Chatterjee y David Morley, Oxford University Press, 1993, p. 391.

4 Thomas McKeown, *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* (Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1979), pp. 50-55.

5 Thomas McKeown, *The Role of Medicine: Dream Mirage or Nemesis?*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976, p. 40.

6 La información de esta sección está extraída de David Sanders y Richard Carver, *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (London: Macmillan, 1985), pp. 25-37.

7 Alastair Gray, ed., *World Health and Disease* (Buckingham, England: Open University Press, 1993), p. 58.

8 *Ibid.*

9 *Ibid.*

10 David Sanders, *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (London: Macmillan, 1985), p. 31; David Alnwick, «The Weight, Length and Mid Upper Arm Circumference of Kenyan Children in Nairobi Nursery Schools», *Unicef Social Statistics Bulletin*, Vol. 3, n° 1, 1980.

11 Alastair Gray, ed., *World Health and Disease* (Buckingham, England: Open University Press, 1993), p. 61.

12 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 26.

13 D Sanders, *The Struggle for Health*, p. 49.

14 De un discurso de Douglass en New York en 1857. James MacGregor Burns y Stewart Burns, *A People's Charter: The Pursuit of Rights in America* (New York: Alfred A. Knopf, 1991), portada.

15 «Multinationals—The Facts», *The New Internationalist*, agosto 1993, p. 18.

16 Frances Moore Lappé y Rachel Schurman, *The Missing Piece in the Population Puzzle*, Food First Development Report n° 4 (San Francisco: Institute for Food and Development Policy, 1988), p. 20. Citado en Kent, p. 127.

17 Hal Kane, *The Hour of Departure: Forces that Create Refugees and Migrants*, Worldwatch Institute, junio 1995, p. 15.

18 Anne E Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Disease*, Worldwatch Institute, abril 1996, p. 26.

19 D Sanders, *The Struggle for Health*, p. 68.

20 Martin Brockerhoff, «Child Survival in Big Cities: The Disadvantages of Migrants», *Social Science and Medicine*, Vol. 40, n° 10, mayo 1995, pp. 1371-1383.

21 Giovanni Andea Cornia, Richard Jolly y Frances Stewart, eds, *Ajuste con Rostro Humano, Volumen I, Protegiendo a los Vulnerables y Promoviendo el Crecimiento*, (Clarendon Press, Oxford, 1987, p. 6).

22 Kent, p. 69.

23 Kent, pp. 164-165.

24 Kent, p. 165.

25 Hilary F French, «Forging a New Partnership», *State of the World 1995*, Worldwatch Institute, 1995, p. 176.

26 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, p. 15.

27 Entre los bancos estadounidenses involucrados estaban el Banker's Trust, Bank of America, Chase Manhattan, Chemical, Citicorp, Continental, Illinois, First Chicago, Manufacturers Hanover y Morgan Guaranty. Fuente: «A Review of Bank Performance, 1986», *New Internationalist*, noviembre 1988, p. 16.

28 Periodistas del Tercer Mundo, *Third World Guide*, 1986-87 (New York: Grove Press, 1987), p. 548.

29 Citado por Ned Daly, «Empty promises at the Social Summit» *Multinational Monitor*, abril 1995, p. 6-7.

30 Chakravarthi Raghavan, «World's Poor Got Poorer in 1980s», *Third World Resurgence*, n° 10 (junio 1991), p. 10.

31 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, p. 15.

32 Gary Gardner, «Third World Debt Still Growing», *Vital Signs 1995*, Worldwatch Institute, 1995, p. 73.

33 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, p. 15.

34 *Ibid.*, p. 15

35 Medea Benjamin y Kevin Danaher, «Latin America's Struggle for Democratic Development», *Global Exchanges* (revista de Global Exchange), n°11 (verano 1992), p. 6.

36 Chakravarthi Raghavan, «World's Poor Got Poorer in 1980s», *Third World Resurgence*, n° 10 (junio 1991), p. 10.

- 37 Grant, p. 85.
- 38 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1992*, p. 16.
- 39 Gary Gardner, «Third World Debt Still Growing», *Vital Signs 1995, The Trends That Are Shaping Our Future*, Worldwatch Institute, 1995, p. 72.
- 40 Hal Kane, «Third World Debt Still Rising», *Vital Signs 1994*, Worldwatch Institute, 1994, p. 75.
- 41 Medea Benjamin y Kevin Danaher, «Latin America's Struggle for Democratic Development», *Global Exchanges* (revista de Global Exchange), n°11 (verano 1992), p. 1.
- 42 Gary Gardner, «Third World Debt Still Growing», *Vital Signs 1995, The Trends That Are Shaping Our Future*, Worldwatch Institute, 1995, p. 72; John Darton, «In Poor, Decolonialized Africa, Bankers are Overlords», *New York Times*, 20 junio, 1994.
- 43 Medea Benjamin y Kevin Danaher, «Latin America's Struggle for Democratic Development», *Global Exchanges* (revista de Global Exchange), n°11 (verano 1992), p. 6.
- 44 Jesse Jackson, a 11 jefes de estado africanos, Libreville, Gabón, 27 mayo 1993.
- 45 «Reining in the IMF» (editorial), *Multinational Monitor*, junio 1991, p. 5.
- 46 Jonathan Cahn, «Challenging the New Imperial Authority: The World Bank and the Democratization of Development», *Harvard Human Rights Journal* 6 (1993): 160, Citado en David Korten, «When Corporations Rule the World», (Kumarian Press, West Hartford, Connecticut, 1995), p. 165.
- 47 Samir Amin, «Don't Adjust — Delink!», *Toward Freedom*, abril/mayo 1993, p. 2.
- 48 Imogen Evans, «SAPping Maternal Health», *The Lancet*, Vol. 346, p. 1046, 21 octubre 1995.
- 49 UNICEF, *Problems and Priorities Regarding Recurrent Costs* (1988), p.12.
- 50 Medea Benjamin y Kevin Danaher, «Latin America's Struggle for Democratic Development», *Global Exchanges* (revista de Global Exchange), n° 11 (verano 1992), p. 6.
- 51 Andrea Bárcena, «Del 80 al 90% de Mexicanos Fue Desnutrido Infantil y Perdió Capacidad Física y Mental», *Proceso*, 1 junio 1987, p. 6.
- 52 David Werner y Jason Weston, «The Hidden Costs of Free Trade: Mexico Bites the Bullet», *Newsletter from the Sierra Madre*, n° 31, (HealthWrights) mayo 1995, p. 5.
- 53 «Update, Human Rights», *New Internationalist*, abril 1996, p. 6.
- 54 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, p. 2.
- 55 R Davies y D Sanders, «Economic Strategies, Structural Adjustment and Health Policy: Issues in Sub-Saharan Africa for the 1990s», *Transformation* 21, 1993, pp. 78-93; David Sanders y Abdulrahman Sambo, «AIDS in Africa: The Implications of Economic Recession and Structural Adjustment», *Health Policy and Planning*, Vol. 6 (1991), n° 2, p. 160.
- 56 Veá, por ejemplo, Robert Weissman, «The IMF and Labor Repression in Central America», *Multinational Monitor*, junio 1991, pp. 25-27.
- 57 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, pp. 30-31. Citado en Kent, p. 88.
- 58 Kent, p. 88.
- 59 Samir Amin, «Don't Adjust — Delink!», *Toward Freedom*, abril/mayo 1993, p. 2.
- 60 *The New Internationalist*, noviembre 1988, pp. 16-17.
- 61 Gary Gardner, «Third World Debt Still Growing», *Vital Signs 1995, The Trends That Are Shaping Our Future*, Worldwatch Institute, 1995, p. 72; Rafael Soifer, «Stealth Lending: The Quiet

- Return of LDC Debt», *Banking Outlook* (Brown Brothers Harriman & Co.), 29 septiembre 1994.
- 62 David Korten, «When Corporations Rule the World», (Kumarian Press, West Hartford, Connecticut, 1995), p. 171.
- 63 Ambas notas citadas en Ned Daly «Empty promises at UN summit», *Multinational Monitor*, abril 1995.
- 64 Dinyar Godrej, «Hunger in a world of plenty» *New Internationalist*, mayo 1995, p 7-10.
- 65 Lester Brown, Nicholas Lenssen, Hal Kane, *Vital Statistics 1995*, p. 146.
- 66 Speth JG, PNUD, 29/6/94, citado en *The Social Summit Seen From the South*, p. 31, Norwegian Summit for Environment and Development, 1995.
- 67 *Ibid.*
- 68 Dinyar Godrej, «Hunger in a world of plenty» *New Internationalist*, mayo 1995, p 7-10; David Korten, «When Corporations Rule the World», (Kumarian Press, West Hartford, Connecticut, 1995), p. 83.
- 69 Dinyar Godrej, «Hunger in a world of plenty» *New Internationalist*, mayo 1995, p 7-10.
- 70 *Ibid.*
- 71 David Korten, «When Corporations Rule the World», (Kumarian Press, West Hartford, Connecticut, 1995), p. 157.
- 72 William Greider, *Who Will Tell the People? The Betrayal of American Society* (New York: Simon and Schuster, 1992), p. 331.
- 73 Baby Milk Action, *Profits Before Health, An Analysis of Nestlé's Baby Food Marketing Policy*, mayo 1995, p. 3.
- 74 Russell Mokhiber, «Infant Formula: Hawking Disaster in the Third World», *Multinational Monitor*, Vol. 8, n° 4 (abril 1987), p. 22; Marsha Walker, «A Fresh Look at the Risks of Artificial Infant Feeding», *Journal of Human Lactation*, 9(2) 1993, pp.97-98.
- 75 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 21.
- 76 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 44.
- 77 *Ibid.*
- 78 *Ibid.*
- 79 IBFAN, *Protecting Infant Health, A Health Worker's Guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*, 7ª edición, junio 1993, p. 8.
- 80 *Ibid.*, p. 9.
- 81 JD Clemens et al., «Breast Feeding and the Risk of Severe Cholera in Rural Bangladeshi Children», *American Journal of Epidemiology*, Vol. 131, n° 3 (1990), pp. 400-411.
- 82 CG Victora et al., «Evidence for Protection by Breast-Feeding Against Infant Deaths from Infectious Diseases in Brazil», *The Lancet*, 1987, n° 2, pp. 319-321. Citado en Fitzroy Henry, André Briend y Vincent Fauveau, «Child Survival: Should the Strategy Be Redesigned? Experience from Bangladesh», *Health Policy and Planning*, Vol. 5, n° 3 (1990), p. 231.
- 83 R Hogan y J Martinez, «Breastfeeding as an Intervention within Diarrheal Diseases Control Programs: OMS/CDD Activities», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 31, Suplemento 1 (1990), pp. 115-119.
- 84 UNICEF/OMS/UNESCO, *Para la Vida*, 1989, p. 20.
- 85 BUNSO, «Breastmilk. Wasted Natural Resource», en Health Action Information Network

(HAIN), *Health Alert*, Vol. VII, nº 122 (octubre 1991), p. 289.

86 Leonard A Sagan, *The Health of Nations: True Causes of Sickness and Well-Being*. Citado en Kent, p. 61.

87 UNICEF, «Breast-feeding and Health», *Assignment Children*, 55/56, 1981.

Cuestionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil

88 Patti Rundall, «Nestle Boycott Success», *Child* (revista del *International Child Health Group*), abril 1993, p. 10; Red Internacional de Grupos de Acción pro Alimentación Infantil (IBFAN), *Breaking the Rules*, 1994, *Un informe mundial sobre las violaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna OMS/UNICEF*, p. 27.

89 L Brenzel y N Hirschhorn, *Executive Summary of the UNICEF Macro and Micro Studies* (informe elaborado por John Snow, Inc.), p. 4. Los cinco países son Bolivia, Colombia, Indonesia, Kenia y Senegal.

90 Marmet, «Summary of Institutional Actions Affecting Breastfeeding», *Journal of Human Lactation*, 9(2), 1993, p. 110.

91 Felicity Savage King y Ann Burgess, *Nutrition for Developing Countries*, 2ª edición, 1992, Oxford University Press, p. 107.

92 *Ibid.*, IBFAN, p. 12.

93 Medea Benjamin y Andrea Freedman, *Bridging the Global Gap: A Handbook to Linking Citizens of the First and Third Worlds* (Washington, D.C.: Seven Locks Press, 1989), p. 142.

94 IBFAN, *Protecting Infant Health, A Health Worker's Guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*, 7ª edición, junio 1993, p. 11; Medea Benjamin y Andrea Freedman, *Bridging the Global Gap: A Handbook to Linking Citizens of the First and Third Worlds* (Washington, D.C.: Seven Locks Press, 1989), p. 142.

95 Patti Rundall, «Nestle Boycott Success», *Child* (revista del *International Child Health Group*), abril 1993, p. 10.

96 *Ibid.*

97 Medea Benjamin y Andrea Freedman, *Bridging the Global Gap: A Handbook to Linking Citizens of the First and Third Worlds* (Washington, D.C.: Seven Locks Press, 1989), p. 143; «Nestle's Again», *World Development Forum*, Vol. 6, nº 18 (15 octubre 1988), p. 4.

98 Patti Rundall, «Nestle Boycott Success», *Child* (revista del *International Child Health Group*), abril 1993, p. 10.

99 IBFAN, *Breaking the Rules*, 1994, *Un informe mundial sobre las violaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna OMS/UNICEF*, p. 27-29.

100 Baby Milk Action, *Profits Before Health, An Analysis of Nestlé's Baby Food Marketing Policy*, mayo 1995, p. 4.

101 Patti Rundall, «Nestle Boycott Success», *Child*, abril 1993, p. 10.

102 John W Egan, Harlow N Higinbotham y J Fred Weston, *Economics of the Pharmaceutical Industry*, (Praeger Publishers) 1982, p. 4; *Standard and Poor's Industry Surveys*, abril 1995, p. H19; Meri Koivusalo, Eeva Ollila, *International Organizations and Health Policies*, (Stakes/Hedec) Helsinki, 1996, p. 175.

103 «Golden Pills», *The Economist*, 20 marzo 1993, p. 74. Esta estimación, como toda la

información de este artículo, esta tomada de un estudio de la Oficina de Análisis Tecnológico. El estudio define 'ganancias excesivas' como las ganancias que superan a las que son necesarias para estimular la inversión en investigación y desarrollo.

104 Peretz SM, «Pharmaceuticals in the Third World: the problem from the suppliers point of view», *World Development*, 1983:11:(259-64), Citado en Meri Koivusalo, Eeva Ollila, *International Organizations and Health Policies*, (Stakes/Hedec) Helsinki, 1996, p. 175.

105 Andrew Chetley, *Problem Drugs*, Zed Books, 1995, p. 9.

106 Askin, «Pills, Potions and Placebos», *Environmental Action*, Vol. 17, nº 5 (marzo/abril 1986), p. 25.

107 OMS, *The Management of Diarrhea, Practical Guidelines*, Tercera Edición, 1993, p. 24.

108 Iris Rosendahl, «Antacids/Antidiarrheals Churn up Sales Gains», *Drug Topics*, Vol. 135, nº 14, 22 julio 1991, p. 55.

109 Askin, «Pills, Potions and Placebos», *Environmental Action*, Vol. 17, nº 5 (marzo/abril 1986), p. 23.

110 Christopher Scanlan, «Unsafe Drugs Find Buyers Abroad», *Detroit Free Press*, 20 mayo 1991, p. 4A.

111 *Ibid.*, p. 1.

112 *Ibid.*

113 Dianna Melrose, *Bitter Pills: Medicines and the Third World Poor* (Oxford: OXFAM, 1982), p. 113. Muchos ejemplos parecidos aparecen en *Bitter Pills*, Milton Silverman, *The Drugging of the Americas* (Berkeley: University of California Press, 1976) y Michael Tan, *Dying for Drugs: Pill Power and Politics in the Philippines* (Quezon City, Filipinas: Health Action Information Network, 1988).

114 Christopher Scanlan, «Unsafe Drugs Find Buyers Abroad», *Detroit Free Press*, 20 mayo 1991, p. 4A.

115 Steve Askin. «Pills, Potions and Placebos», *Environmental Action*, Vol. 17, nº 5 (marzo/abril 1986), p. 23.

116 «Disadvantages of the Irrational Use of Drugs for Diarrhoea», *Essential Drugs Monitor* (publicación del Programa de Acción sobre Medicinas Esenciales y Vacunas de la OMS), nº 11 (1991), p. 11.

117 David Sanders, *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (London: Macmillan, 1985), p. 136.

118 Milton Silverman, *The Drugging of the Americas*, University of California Press, 1976, p. 119-120; Dr. K Balasubramaniam, «Retail Drug Prices in the Asia-Pacific Region», *HAInews*, Consumers International para Health Action International, Penang, Malaysia, nº 86, diciembre 1995.

119 David Werner, «Dying for Doctors», *The New Internationalist*, nº 182 (abril 1988), p. 9; David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, 1990, p. 349.

120 Joel Lexchin, «Pharmaceutical Promotion in the Third World», *Journal of Drug Issues*, 22(2), primavera 1992, p. 420.

121 *Ibid.*

122 *Ibid.*, p. 421.

123 «Drug Prices», *Health Letter* (la revista del Grupo de Investigación sobre Salud de Public Citizen), p. 11.

124 David Sanders, *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (London: Macmillan, 1985), p. 137; «Drug Prices», *Health Letter* (la revista del Grupo de Investigación sobre Salud de Public Citizen), p. 11.

Referencias: Parte 3

125 Milton Silverman, Philip R Lee y Mia Lydecker, *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World*, University of California Press, 1982, p. 124.

126 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 52.

127 Milton Silverman, Mia Lydecker, Philip R. Lee, *Bad Medicine*, Stanford University Press, 1992, pp. 129-136.

128 *Ibid.*, pp. 140-141.

129 Vea, por ejemplo, «Baker Urges Cutting Off of Funds if UN Agencies Upgrade PLO», *New York Times*, 2 mayo 1989, p. A6.

130 Askin, «Pills, Potions and Placebos», *Environmental Action*, Vol. 17, nº 5 (marzo/abril 1986), p. 26.

131 Andrew Chetley y Wilbert Bannenberg, «Skirmishes in the Pill Jungle», *South*, febrero 1986, p. 64.

132 *Ibid.*

133 *Ibid.*

134 *Ibid.*

135 Anita Harden, Health Action International, como se informa en Koivusalo Meri y Ollila Eeva, *International Health Policies with Special Reference to the OMS, World Bank and UNICEF*, 1995, evaluación independiente no publicada, pp. 48-49.

136 Koivusalo Meri y Ollila Eeva, *International Health Policies with Special Reference to the OMS, World Bank and UNICEF*, 1995, evaluación independiente no publicada, p. 49.

137 Orr, «Rexall for Profits», *Dollars and Sense*, nº 128 (julio/agosto 1987), p. 21.

138 OMS, *The Rational Use of Drugs in the Treatment of Acute Diarrhoea in Children*, 1990.

139 Olle Hansson, *Inside Ciba-Geigy* (The Hague: International Organization of Consumer Unions, 1989), pp. 21-22.

140 Olle Hansson, *Inside Ciba-Geigy* (The Hague: International Organization of Consumer Unions, 1989), pp. 14-24; Milton Silverman, Philip R Lee y Mia Lydecker, *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World* (Berkeley: University of California Press, 1982), pp. 48-49.

141 Olle Hansson, *Inside Ciba-Geigy* (The Hague: International Organization of Consumer Unions, 1989).

142 *Ibid.*, pp. 14-15.

143 *Ibid.*, p. 15.

144 *Ibid.*, pp. 25-28, pp. 59-62; Milton Silverman, Philip R. Lee y Mia Lydecker, *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World* (Berkeley: University of California Press, 1982), pp. 47-48.

145 *Ibid.*, Hansson, pp 8-11.

146 *Ibid.*, p. 13. Este fue el número final de víctimas reconocido oficialmente; el número real puede

haber llegado hasta los 20.000 ó 30.000.

147 Este era el total a mediados de 1985. *Ibid.*, p. 211.

148 *Ibid.*, p. 10; Milton Silverman, Philip R Lee y Mia Lydecker, *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World* (Berkeley: University of California Press, 1982), p. 49.

149 *Ibid.*, Silverman, p. 49, pp. 52-58.

150 Olle Hansson, *Inside Ciba-Geigy* (The Hague: International Organization of Consumer Unions, 1989), p. 14, p. 204.

151 «Antidiarrhoeals in Latin America», *HAI News*, nº 58 (abril 1991), p. 5.

152 *Programme for the Control of Diarrhoeal Disease: Interim Programme Report 1992*, OMS, 1993 p. 54.

153 *Programme for the Control of Diarrhoeal Disease: Ninth Programme Report 1992-1993*, OMS, 1994 p. 103.

154 Tanto David Werner como David Sanders asistieron a esta conferencia.

155 «Comment», *The Kangaroo: Bibliographic Archives for Maternal and Child Health in Developing Countries*, Vol. 1, nº 1 (diciembre 1992), p. 23.

156 Esta lista de patrocinadores estaba en el programa impreso del Simposio Internacional sobre TRO Basada en Alimentos, noviembre 1214, 1989, the Aga Khan University, Karachi, Pakistán.

157 Observaciones hechas por los autores, hablando con los participantes del encuentro.

158 M Silverman, PR Lee y M Lydecker, *Prescriptions for Death: The Drugging of the Third World*, pp. 119-130; M Silverman, M Lydecker, PR Lee, *Bad Medicine*, Stanford University Press, 1992, pp. 238-240; D Melrose, *Bitter Pills: Medicines and the Third World poor*, OXFAM, 1982, pp. 83-85.

159 Michael Renner, *Budgeting for Disarmament: The Costs of War and Peace*, Worldwatch paper 122, noviembre 1994, p. 5.

160 PNUD, *Informe sobre el Desarrollo Humano 1994* (New York y Oxford, Oxford University Press, 1994). Citado en Michael Renner, *Budgeting for Disarmament: The Costs of War and Peace*, Worldwatch paper 122, noviembre 1994, p. 10.

161 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1996*, p. 13.

162 Ryall Forsberg, «Force Without Reason», *Boston Review*, vol XX nº 3.

163 Marek Thee, «The Third Special Session of the UN General Assembly Devoted to Disarmament: between Armaments and Disarmament», *Transnational Perspectives*, Vol. 14, nº 3 (1988), pp. 6-11.

164 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1996*, p. 25.

165 «We Arm the World: US is Number One Weapons Dealer», *The Defense Monitor*, Vol. XX, nº 4 (1991), p. 3.

166 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1987*, p. 17. Citado en Kent, pp. 98-99.

167 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1986*, p. 72.

168 *Ibid.*

169 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1990*, p. 1.

170 Oscar Arias Sánchez, «Demilitarisation the Key to Development», *Third World Resurgence*, nº 11 (julio 1991),

p. 9.

171 Kent, p. 117.

172 Kent, pp. 111-112. Kent cita a Ruth Leger Sivard, *World Military and Social Expenditures 1986* (Washington, D.C.: World Priorities, 1986), pp. 24, 36-41.

Cuestionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil

173 *Ibid.*, pp. 117-118.

174 *Ibid.*, p. 112.

175 *Ibid.*, p. 112.

176 RL Sivard, *World Military and Social Expenditures*, 1987-88, p. 5.

177 Susan George, *A Fate Worse than Debt*, p. 22; Oscar Arias Sanchez, «Demilitarisation the Key to Development», *Third World Resurgence*, n° 11 (julio 1991), p. 9.

178 Lappé y Collins, *World Hunger: Twelve Myths*, p. 118.

179 Frances Moore Lappé, Rachel Schurman y Kevin Danaher, *Betraying the National Interest* (Grove Press, 1987), p. 11.

180 *Ibid.*, p. 31.

181 Michael Renner, *Budgeting for Disarmament: The Costs of War and Peace*, Worldwatch paper 122, noviembre 1994, p. 6.

182 «Protecting Children from the Scourge of War», *The Coordinators' Notebook: An International Resource for Early Childhood Development* (publicación del *Consultative Group on Early Childhood Care and Development*), n° 10 (octubre 1991), p. 2.

183 Neil Boothby, «Children and War», *Cultural Survival Quarterly*, 10, n° 4 (1986), pp. 28-30. Citado en Kent, p. 95.

184 Kent, p. 95.

185 «Protecting Children from the Scourge of War», *The Coordinators' Notebook: An International Resource for Early Childhood Development* (publicación del *Consultative Group on Early Childhood Care and Development*), n° 10 (octubre 1991), p. 5.

186 *Ibid.*

187 Philip Shenon, «Clinton to Act on Banning Many Types of War Mines», *New York Times*, 16 mayo 1996, p. A7.

188 Michael Renner, *Budgeting for Disarmament: The Costs of War and Peace*, Worldwatch paper 122, noviembre 1994, p. 20.

189 Philip Shenon, «Clinton to Act on Banning Many Types of War Mines», *New York Times*, 16 mayo 1996, p. A7.

190 «Health and Welfare in Iraq: Excerpts from the Report of the International Study Team», *War Watch*, n° 11-12 (noviembre-diciembre 1991), p. 5. Es un resumen del Informe del Equipo Internacional de Estudio sobre la Crisis del Golfo, una continuación del informe original del Equipo de Estudio de Harvard.

191 Associated Press, «Iraqi Civilian Deaths in War's Aftermath Estimated at 70,000: Precise Allied Bombing Crippled the Nation», *San Francisco Chronicle*, 9 enero 1992, p. A8.

192 *Evaluation of Food and Nutrition Situation in Iraq*, FAO report, 1995; citado en *The Children are Dying*, Ramsey Clark, FAO report et al. (World View Forum, Inc., 1996)

- 193 Associated Press, «Iraqi Civilian Deaths in War's Aftermath Estimated at 70,000: Precise Allied Bombing Crippled the Nation», *San Francisco Chronicle*, 9 enero 1992, p. A8.
- 194 Ex ministro de justicia Ramsey Clark en una entrevista de *Granma*, 12 marzo 1995. Del Institute of Global Communications.
- 195 Kent, p. 55.
- 196 Informado a David Werner por miembros del Ministerio de Salud durante su visita a Mozambique, septiembre 1987; Gill Walt y Julie Cliff, «The Dynamics of Health Policies in Mozambique 1975-85», *Health Policy and Planning*, 1(2): 148-158, 1986.
- 197 UNICEF, *Ajuste con Rostro Humano*.
- 198 A Creese, «User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience», *Health Policy and Planning*, 6(4) (1991), pp. 309-319; S Moses, F Manji, JE Bradley, NJ Nagelkerke, MA Malisa y FA Plummer, «Impact of User Fees on Attendance at a Referral Centre for Sexually Transmitted Diseases in Kenya», *The Lancet*, 1992, n° 340, pp. 463-466; CJ Waddington y KA Enyimayew, «A Price to Pay: The Impact of User Charges in Ashanti-Akim District, Ghana», *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 4 (1989), pp. 17-47.
- 199 Slim Haddam y Pierre Fournier, «Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries. A Longitudinal Study in Zaire», *Social Science and Medicine*, Vol. 40, n° 6, marzo 1995, pp. 743-753.
- 200 Moses S, Manji F, Bradley JE, Nagelkerke NJ, Malisa MA, Plummer FA. «Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases in Kenya.» *The Lancet* 1992; 340:463-6.
- 201 Editorial «Structural adjustment too painful» *The Lancet*, Vol 344, 19 noviembre 1994, p 1377. La referencia para esta afirmación es Sanders D, Sambo A, «AIDS in Africa: the implication of economic recession and structural adjustment», *Health Policy Planning* 1991; 6: 157-65.
- 202 Editorial «Structural adjustment too painful», *The Lancet*. Vol 344, 19 noviembre 1994, p.1377-1378. (Vea también *The Lancet*, 12 noviembre, p 1356.)
- 203 Alderman H, «Downturn and Economic Recovery in Ghana: Impacts on the Poor», 1991, *Cornell Food and Nutrition Policy Program Monograph 10*.
- 204 «World Bank's Cure for Donor Fatigue», *The Lancet*. Vol. 342, Number 8863, julio 1993, p. 63.
- 205 Enyimeyew, *Cost and Financing of Drugs Supplied in Ghana—The Ashanti-Akim Experience*, (documento presentado en la conferencia de la OMS, 1988, citado en *Beyond Adjustment: Responding to the Health Crisis in Africa*, Inter-Church Coalition on Africa (ICCAF), 1993.
- 206 David Werner, *The Life and Death of Primary Health Care or The McDonaldization of Alma Ata*, documento de HealthWrights, 1994, p. 6.
- 207 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Inversión en Salud*, p. 157.
- 208 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Inversión en Salud*, p. 2.
- 209 David Legge, «Applying the Leech» (crítica de *Inversión en Salud*, 1993, 16° Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial). Charla dada en la Conferencia Annual PHAA, Adelaida, Australia, 26 septiembre 1994. Datos extraídos de *Inversión en Salud*, tabla A5, p. 203.
- 210 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Inversión en Salud*, p. 62.

- 211 Legge D, «Investing in the Shaping of World Health Policy», preparado para el taller de AIDAB, NCEPH y PHA (Canberra, Australia, 31 agosto 1993) para discutir el 16º Informe sobre el Desarrollo Mundial, *Inversión en Salud*.
- 212 Werner D, «Health for No One by the Year 2000», *Third World Resurgence*, nº 21, 1992.
- 213 Ruck N, Stefanini A, «World Development Report 1993 - 'Investing in Health'—Old Wine in New Bottles?» *The Kangaroo*, diciembre 1993.
- 214 Legge D, «Investing in the Shaping of World Health Policy», preparado para el taller de AIDAB, NCEPH y PHA (Canberra, Australia, 31 agosto 1993) para discutir el 16º Informe sobre el Desarrollo Mundial, *Inversión en Salud*.
- 215 «World Bank's Cure for Donor Fatigue», *The Lancet*. Vol. 342, Number 8863, julio 1993, p. 63.
- 216 Citado en Harry Qasserman, *America Born and Reborn*, (New York: Collier Books, 1983), pp. 89-90.
- 217 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, pp. 84-87.
- 218 *Ibid.*
- 219 «Brazil: the persistence of inequality» NACLA, Vol XXVII, nº 6, mayo/junio 1995, p. 16.
- 220 *Ibid.*
- 221 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, pp. 84-87.
- 222 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 69.
- 223 Andrew L. Shapiro, *We're Number One!: Where America Stands -and fall- in the New World Order* (New York: Vintage Books, 1992), p. 189.
- 224 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Inversión en Salud*, p. 4.
- 225 Associated Press, «U.S. Trails Poor Nations in Early Innoculation», *Washington Post*, 6 junio 1993; Associated Press, «Million Toddlers Said to need Vaccinations», *Washington Post*, 5 mayo 1995. Ambos citados en Anne E Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Disease*, Worldwatch Paper 129, abril 1996, p. 58; UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, pp. 84-87.
- 226 *We're Number One!: Where America Stands -and fall- in the New World Order* (New York: Vintage Books, 1992), pp. 8-9.
- 227 Thomas J Lueck, «Tax Breaks for Companies Flow Despite Budget Cuts in New York», y Eric Schmitt, «Military Budget Would See Gains Under G.O.P. Plan, Pentagon Asks for Less», *New York Times*, 5 julio 1995.
- 228 Business Week, citado en «Life Imitates Shlock Art: Money Can't Buy You Love», *Too Much*, Council on International and Public Affairs, p. 4.
- 229 Cifras de la Oficina Presupuestaria del Congreso, como aparecen en *Time*, 10 octubre 1988, p. 29. Citado en George Kent, *The Politics of Children's Survival* (New York: Praeger, 1991), p. 83.
- 230 Victor W Sidel, «Health Care in the United States: A Thousand Points of Blight», *Arthritis Care and Research*, Vol. 5, nº 2 (junio 1992), p. 64.
- 231 Shapiro, pp. 20-21.
- 232 La estimación de 10.000 muertes infantiles por la causas relacionadas con el hambre y la pobreza procede de Sally Reed y R Craig Sautter, «Children of Poverty», *Kappan Special Report*, junio 1990, p. 3. Citado en Clarence Lusane, *Pipe Dream Blues: Racism and the War on Drugs* (Boston: South End Press, 1991), p 12. La estimación de 21.000 está calculada a partir del *Estado Mundial de la Infancia 1995* de UNICEF, p. 73, comparando la TMM5 de EE.UU. (10 por 1000)

con la de Finlandia (5 por 1000), estimando así que si las condiciones de los niños estadounidenses fueran tan buenas como en Finlandia, podrían evitarse la mitad de las 42.000 muertes anuales de niños menores de cinco años.

233 Economic Policy Institute, Washington, D.C., Citado en Walden Bello, *Dark Victory: The United States, Structural Adjustment and Global Poverty*, Pluto Press, 1994, p. 137.

234 «House Block Grants = Permanent & Immoral National Child Neglect» *Children's Defense Fund*, Washington, D.C., 28 marzo 1995, p. 1.

235 *Ibid.* p. 1.

236 *Estado Mundial de la Infancia 1995*. p. 65.

237 Brynn Craffey, «A Killer Returns», *Image* (suplemento dominical del *San Francisco Examiner*), 14 junio 1992, pp. 6-13; Andrew L. Shapiro, *We're Number One!: Where America Stands -and fall- in the New World Order* (New York: Vintage Books, 1992), p. 20.

238 Shapiro, p. 4.

239 «Who says there are no more heros?» *New York Times*, 1 mayo 1995. p. 9. En un anuncio de la California Wellness Foundation.

240 Fingerhut LA, Kleinman JC, «International and Interstate Comparison of Homicide Among Young Males», *JAMA*, 1990, 263:24; pp. 3293-3295.

241 *Ibid.*, p. 270.

242 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1992*, p. 22.

243 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 46.

244 Estudio de la Universidad de Tufts citado en «U.S. Children Going Hungry, Study Says», *San Francisco Chronicle*, 15 junio 1993, p. A9.

245 «The State of Greed», *US News and World Report*, 17 junio 1996, p. 62-63. 1989 es el año más reciente analizado por el servicio de ingresos internos.

246 Cifras de la Oficina Presupuestaria del Congreso, como aparecen en *Time*, 10 octubre 1988, p. 29. Citado en George Kent, *The Politics of Children's Survival* (New York: Praeger, 1991), p. 83.

247 Shapiro, p. 16; UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, pp.84-87.

248 Sally Reed y R Craig Sautter, «Children of Poverty», *Kappan Special Report*, junio 1990, p. 3. Citado en Clarence Lusane, *Pipe Dream Blues: Racism and the War on Drugs* (Boston: South End Press, 1991), p 12.

249 Shapiro, pp. 8-9.

250 Victor W Sidel, «Health Care in the United States: A Thousand Points of Blight», *Arthritis Care and Research*, Vol. 5, nº 2 (junio 1992), p. 64.

251 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 46.

Cuestionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil

252 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 46.

253 «Health Index», *Links*, Vol. 9 nº 4, otoño 1992, p. 13.

254 Shapiro, p. 73.

255 Clarence Lusane, *Pipe Dream Blues: Racism and the War on Drugs* (Boston: South End Press, 1991), p. 23.

- 256 Shapiro, p. 17.
- 257 «Forgotten Americans» (editorial), *American Health*, noviembre 1990, pp. 41-42.
- 258 Estudio de 1990 dirigido por una comisión de 37 miembros que incluía al ex Cirujano General C Everett Koop y al encuestador George Gallup.
- 259 *Ibid.*
- 260 UNICEF, *El Progreso de las Naciones*, 1995, p. 34.
- 261 Tom Peck y Christine Vida, «Media violence and its relationship to violent crime.» Copyright 1993. Artículo sin publicar.
- 262 Shapiro, p. 4.
- 263 «Affirmative Action is Under Election Year Attack», *The Washington Spectator*, 1 julio 1995, p. 3.
- 264 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, p. 83-87.
- 265 *Ibid.*, p. 84.
- 266 *Ibid.*
- 267 *Ibid.*, pp. 108.
- 268 *Ibid.*, pp. 84.
- 269 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993, 1994*, análisis comparativo.
- 270 Graham Hancock, *Lords of Poverty: The Power, Prestige and Corruption of the International Aid Business*, p. 131.
- 271 UNICEF *Estado Mundial de la Infancia 2000*, pp. 84.
- 272 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1993*, p. 70.
- 273 UNICEF *Estado Mundial de la Infancia 2000*, pp. 84.
- 274 *Ibid.*, p. 104.
- 275 *Ibid.*, p. 104.
- 276 *Ibid.*, pp. 96.
- 277 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, p. 1.
- 278 JN Hobcraft, JW McDonald y SO Rutstein, «Socio-Economic Factors in Infant and Child Mortality: A Cross-national Comparison», *Population Studies*, 36 (1984), pp. 193-223. Citado en Kent, p. 112.
- 279 Alison Acker, *Children of the Volcano* (Westport, Connecticut: Lawrence Hill, 1986), p. 81. Citado en Kent, pp. 157-158.
- 280 Scott B Halstead, Julia A Walsh y Kenneth S Warren, eds., «Good Health at Low Cost» (Rockefeller Foundation, New York, 1985). Vea también Kenneth Warren, «Tropical Medicine vs. Tropical Health», *Review of Infectious Diseases*, Vol. 12, nº 1. Es el Segundo estudio, el cual remite al anterior informe Rockefeller, del que se han extraído las citas y hechos.
- 281 Scott B Halstead, Julia A Walsh y Kenneth S Warren, eds., «Good Health at Low Cost» (Rockefeller Foundation, New York, 1985), p. 246; Kenneth Warren, «Tropical Medicine vs. Tropical Health», *Review of Infectious Diseases*, Vol. 12, nº 1.
- 282 Halstead, Walsh y Warren, eds., *Good Health at Low Cost*, p. 243.
- 283 *Ibid.*, p. 242.

- 284 UNICEF, *Ajuste con Rostro Humano: Protección de los Vulnerables y Promoción del Crecimiento* (Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A., 1987), p. 202.
- 285 *Ibid.*, p. 153.
- 286 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 81
- 287 Halstead, Walsh y Warren, Eds., *Good Health at Low Cost*, p. 129, p. 137.
- 288 *Ibid.*, p. 136.
- 289 *Ibid.*, p. 129.
- 290 UNICEF, *Ajuste con Rostro Humano*, Vol. 1, p. 122.
- 291 *Ibid.*, p. 204
- 292 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, p. 88-89
- 293 Alicia Korten, «Structural Adjustment and Costa Rican Agriculture», en Kevin Danaher, *50 Years is Enough: the case against the World Bank and the International Monetary Fund*. Global Exchange. South End Press, Boston. 1994. pp. 56-61.
- 294 *Ibid.*, p. 58.
- 295 *Ibid.*
- 296 *Ibid.*, p. 59.
- 297 *Ibid.*, p. 58.
- 298 *Ibid.*, p. 61.
- 299 *Ibid.*, p. 61.
- 300 Prakash Chyra, «What accounts for Kerala's success?» *Toward Freedom*, febrero 1992 Vol 41 nº 1, p. 9-10.
- 301 Halstead, Walsh y Warren, eds., *Good Health at Low Cost*, p. 42.
- 302 *Ibid.*, p. 43.
- 303 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 53.
- 304 Lester Brown, Nicholas Lenssen y Hal Kane. *Vital Signs 1995*. Worldwatch Institute, 1995, p. 146, 147.
- 305 David Morley, Jon Rohde y Glen Williams, *Practising Health for All*, Oxford University Press, 1983, p. 19.
- 306 Susan Meeker-Lowry «Guyana Takes on the IMF» *In Context*, nº 41, verano 1995, p. 34.
- 307 *Ibid.*, p. 33-35.
- 308 *Ibid.*, p. 35.
- 309 *Ibid.* p. 35.
- 310 Gita Sen, Adrienne Germain, Lincoln Chen, eds. *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, 1994, p. 11.

Referencias: Parte 3

- 311 Hill AV. *Presidential address to the British Association for the Advancement of Science*, 1952. Citado en Maurice King, «Health is a sustainable state», *The Lancet*, 15 septiembre 1990.
- 312 «Why the poor need children: a study from Java.» *Population and Development Review*,

septiembre 1977. Adaptado en David Werner y Bill Bower, *Aprendiendo a Promover la Salud*, Fundación Hesperian, 1990, p. 436.

313 Maurice King, «An anomaly in the paradigm: the demographic trap, UNICEF's dilemma and its opportunities.» *News on Health Care in Developing Countries*, Upsala University, enero 1991. Es el artículo principal de este número de la revista, dedicado al «Debate: Population Growth and Child Mortality», Este número también incluye una copia del polémico artículo original de Maurice King «Health is a sustainable state», publicado en *The Lancet*, 15 septiembre 1990.

314 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*, p. 101.

315 «Toward Wiser Population Policies», *Contact*, nº 135, febrero 1994. Génova. The Christian Medical Commission, p. 4.

316 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 81.

317 John Ratcliffe, «Social justice and the demographic transition: lessons from India's Kerala State», en D Morley, J Rohde y G Williams (eds.) *Practising Health for All*. Oxford. Oxford University Press, 1983.

318 Richard Franke, Barbara Chasin, *Kerala, Radical Reform as Development in an Indian State*. The Institute for Food and Development Policy. San Francisco, CA, 1989.

319 John Ratcliffe, «Toward a Social Justice Theory of Demographic Transition: Lessons from India's Kerala State», *JANASAMKHYA*, Vol. 1, junio 1983.

320 Gobierno de Cuba, Junta Central de Planificación. *Publicación 5*, Dirección de Demografía, septiembre 1977. Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1981*; Citado en D Morley, J Rohde y G Williams, *Practising Health for All*, Oxford University Press, 1983, p. 21; También: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1986, 1991, 1996*.

321 David Werner, «Health Care in Cuba Today: A model system or a means of social control», octubre 1978 (disponible a través de HealthWrights.)

322 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 73.

323 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2000*; p. 100-101.

324 Véase *Declaration of People's Perspectives on «Population» Symposium*, Comilla, Bangladesh, 12-13 diciembre 1993. Disponible a través de UBINIG, 5/3 Barobo Mahanpur, Ring Road, Shaymoli, Dhaka, Bangladesh.

325 John W Ratcliffe, «China's One Child Family Policy: Solving the Wrong Problem.» [Les Politiques Chinoises de la Poblacion essai pour 'Resoudre un Faux Problem'], *Politiques de Population*, Vol. 3, nº 4, marzo 1989, pp 5-58.

326 Charles A. Radin, «AIDS fight portrayed as a failure.» *Boston Globe*, 10 agosto 1994, p. 1, p. 10.

327 *Ibid.*

328 David Sanders y Abdulrahman Sambo, «AIDS in Africa: The Implications of Economic Recession and Structural Adjustment», *Health Policy and Planning*, Vol. 6 (1991), nº 2, p. 161.

329 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1994*, p. 44.

330 Lester Brown, Nicholas Lenssen, Hal Kane, *Vital Signs 1995*, Worldwatch Institute, p. 18.

331 Anne E Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Diseases*, Worldwatch Paper 129, Worldwatch Institute, abril 1996, p. 30.

332 Lester Brown, Nicholas Lenssen, Hal Kane, *Vital Signs 1995*, Worldwatch Institute, p. 18.

333 Anne E Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger*

Diseases, Worldwatch Paper 129, Worldwatch Institute, abril 1996, p. 29.

334 David Sanders y Abdulrahman Sambo, «AIDS in Africa: The Implications of Economic Recession and Structural Adjustment», *Health Policy and Planning*, Vol. 6 (1991), nº 2, p. 162.

335 Anne E Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Diseases*, Worldwatch Paper 129, Worldwatch Institute, abril 1996, p. 30.

336 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 24.

337 David Rogers, «An African AIDS Diary: Presidential Mission to Africa, January 4-19, 1991», *The Club of Kos for Health Care Newsletter*, Vol. 14, nº 3 (mayo 16, 1991), p. 8.

338 *Ibid.*

339 *Ibid.*

340 *Ibid.*

341 Anne E Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Diseases*, Worldwatch Paper 129, Worldwatch Institute, abril 1996, p. 21.

342 Editorial «Structural adjustment too painful» *The Lancet*, Vol 344, 19 noviembre 1994, p 1377. La referencia de esta afirmación es Sanders D, Sambo A, «AIDS in Africa: the implication of economic recession and structural adjustment.» *Health Policy Planning* 1991; 6: 157-65.

343 ONU, *World Urbanization Prospects*, 1992 Revision (New York), 1993; Citado en Hal Kane, *The Hour of Departure*, Worldwatch Paper 125, junio 1995, p. 38.

344 Anne E Platt, *Infecting Ourselves: How Environmental and Social Disruptions Trigger Diseases*, Worldwatch Paper 129, Worldwatch Institute, abril 1996, p. 30.

PARTE 4

1 Carl E Taylor, Robert L Parker y Steven Jarrett, «The Evolving Chinese Rural Health Care System», *Research in Human Capital Development*, Vol. 5, p. 222.

2 Visita personal de David Werner a San Ramón, 1980.

3 David Werner, «The Village Health Worker—Lackey or Liberator?», (Disponible en HealthWrights) p. 8.

4 Los informes varían mucho en cuando a la TMM5 de Mozambique en 1985. UNICEF la sitúa en 252 (*Estado Mundial de la Infancia 1987*, p. 128.), el Ministerio de Salud de Mozambique la estima entre 325-375 (*The Impact on Health in Mozambique of South African Destabilization*, Ministerio de Salud, República Popular de Mozambique, marzo 1987, p. 4), mientras que la Dra. Ana Novoa la considera de 364 en la ciudad de Beira (Ana Novoa et al., *Morbilidade e Mortalidade por Diarrea em Crianças Menores de 5 Anos de Idade, na Cidade da Beira* (Direcção Provincial de Saude de Sofala, Faculdade de Medicina de UEM, Mozambique, julio 1985), p. 1.).

5 Dra. Ana Novoa et al., *Morbilidade e Mortalidade por Diarrea em Crianças Menores de 5 Anos de Idade, na Cidade da Beira* (Direcção Provincial de Saude de Sofala, Faculdade de Medicina de UEM, Mozambique, julio 1985), p. 1.

6 *The Impact on Health in Mozambique of South African Destabilization*, Ministerio de Salud, República Popular de Mozambique, marzo 1987, p. 1.

7 El papel de la OMS está corroborado por la correspondencia y conversaciones de los autores con varios observadores del programa.

8 Esta sección está basada en D Sanders, «The Potential and Limits of Health Sector Reforms in Zimbabwe», en *Reaching Health for All*, Rohde H, Chatterjee M y Morley D (eds.), Oxford

University Press 1993, pp. 239-266.

9 Consejo Internacional para la Salud del Pueblo, *Health Care in Societies in Transition, A Report on a Small International Meeting Held in Managua, Nicaragua, December 4-9, 1991*, 1992, p. 64; NH Antia, «Alternative Policy for Health for All», *The Concept of Health Under National Democratic Struggle*, Consejo Internacional para la Salud del Pueblo, 1995, p. 52-56.

10 Grupo de Trabajo, *The Children's supplementary Feeding Program in Zimbabwe*. Informe presentado al Ministerio de Salud, Harare, 1982.

11 *Ibid.*

12 Consejo Internacional para la Salud del Pueblo, *Health Care in Societies in Transition, A Report on a Small International Meeting Held in Managua, Nicaragua, December 4-9, 1991*, 1992, p. 110.

13 David Werner. «Viva Zapata! How the Uprising in Chiapas Revitalized the Struggle for Health in Sinaloa», *Newsletter from the Sierra Madre*, n°29, junio 1994, pp. 7-9.

14 «Is the Worst Yet to Come in Mexico?», *Bankcheck Quarterly*, n° 12, septiembre 1995, p. 3.

15 *Ibid.*

16 *Ibid.*

17 Dennis Dunleavy, «Mexico's Hard Times Get Harder», *Juntos por la Salud News*, junio 1995, p. 3.

18 Lynda Taylor, «Cleaning Up the Border, Will sustainability be a priority?», *The Workbook*, Southwest Research and Information Center, verano 1995, p. 51.

19 Los datos de esta lista proceden de: Mary Purcell, «Mexico: One year later, the crisis continues.» *Third World Resurgence* n° 67, marzo, 1996, reimpresso de *The Other Side of Mexico, January-February 1996*.

20 Patrick J Buchanan, «NAFTA is working wonders—for Mexican jobs», *San Jose Mercury*, 19 septiembre 1994.

21 «Anti-immigrant violence rages nationwide», *Intelligence Report*, agosto 1994, n° 74. The Southern Poverty Law Center, Montgomery, AL, USA.

22 Luis Hernández, *The Nation*, 28 marzo 1994.

23 David Werner y Jason Weston, «The Hidden Costs of Free Trade: Mexico Bites the Bullet», *Newsletter from the Sierra Madre*, n° 31 mayo 1995, pp. 4-6.

24 Richard Garfield, «Nicaragua: Health under Three Regimes», en Jon Rohde, Meera Chatterjee, David Morley, *Reaching Health for All*, 1993. Oxford University Press. p. 268.

25 *Ibid.*, p. 270.

26 Tony Dajer, «Why Nicaraguan Children Survive», *Links Health and Development Report*, primavera 1991, p 12.

27 Richard Garfield, «Nicaragua: Health under Three Regimes», en Jon Rohde, Meera Chatterjee, David Morley, *Reaching Health for All*, 1993. Oxford University Press, p. 268.

28 *Ibid.*, p. 271-172.

29 *Ibid.*, p. 274-275.

30 R Garfield, E Prado, JR Gates y SH Vermund, «Malaria in Nicaragua: Community-based Control Efforts and the Impact of War», *International Journal of Epidemiology*, 18(2) (1989).

31 Richard Garfield, «Nicaragua: Health under Three Regimes», en Jon Rohde, Meera Chatterjee, David Morley, *Reaching Health for All*, 1993. Oxford University Press. p. 276-277.

- 32 *Ibid.*, p. 277.
- 33 *Ibid.*, p. 278.
- 34 Garfield y Williams, pp. 200-201, citando a B Smith, *Health Situation Analysis, Nicaragua, 1990* (Managua: Mimeo, 1990), p. 39.
- 35 David Werner, del prólogo del libro de Richard Garfield *Health Care in Nicaragua, Primary Care Under Changing Regimes*, Oxford University Press, 1992, pp. ix-x.
- 36 Richard Garfield, *Health Care in Nicaragua, Primary Care Under Changing Regimes*, Oxford University Press, 1992, p. 70.; MINSA, *Plan de Salud 1987*, Managua, MINSA, 1986.
- 37 Richard Garfield, *Health Care in Nicaragua, Primary Care Under Changing Regimes*, Oxford University Press, 1992, p. 68.
- 38 *Ibid.*
- 39 Comunicación personal con María Zúñiga, ex miembro del Ministerio de Salud Sandinista.
- 40 Richard Garfield, «Nicaragua: Health under Three Regimes», en J Rohde, M Chatterjee, D Morley, *Reaching Health for All*, 1993. Oxford University Press, p. 284-285.
- 41 Fuente: Ministerio de Salud, *Sistemas Generales de Información*, 1994.
- 42 *Ibid.*
- 43 De una carta abierta de Witness for Peace, Washington, D.C. 1994.
- 44 Citas de Noam Chomsky, *Las Intenciones del Tío Sam*, 1995, Txalaparta, Navarra (España), p. 37.
- 45 *Ibid.*, p. 38.
- 46 *Ibid.*, pp. 39.
- 47 *Ibid.*, p. 40-41.
- 48 David Korten, *When Corporations Rule the World*, (Kumarian Press y Berrett-Koehler, West Hartford, CT y San Francisco, CA), 1995.
- 49 David Sanders y Richard Carver, *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (London: Macmillan, 1985), p. 184.
- 50 *Ibid.*, p. 207.
- 51 Medea Benjamin y Andrea Freedman, *Bridging the Global Gap*, Seven Locks Press, 1989, p. v.
- 52 James Hightower, «20 Questions», *Utne Reader*, enero-febrero 1995, p. 79; Citado en David Korten, *When Corporations Rule the World*, (Kumarian Press, West Hartford, Connecticut) 1995, p. 293.
- 53 Worldwatch Institute, «Matters of Scale» *World Watch*. Vol. 7, nº 5, septiembre/octubre 1994, p. 39, Washington D.C.
- 54 De *Justice Denied: Human Rights and the International Financial Institution*, publicado por el Women's Institute for Human Rights; e International Institute for Human Rights, *Environment and Development*. 1994.
- 55 Najmi Kanji, Nazneen Kanji, Firoze Manji, «From development to sustained crisis: Structural adjustment, equity and Health» *Soc Sci Med*, Vol. 33 nº 9, pp. 985-993, 1991.
- 56 «The Ukunda Declaration on Economic Policy and Health», *Health Policy and Planning*, 6(2), 1991, p. 173-175.
- 57 «Filthy Rich», *New Internationalist*, septiembre 1994, p. 17, Toronto, Canadá.

APÉNDICE

1 Roger Sawyer, *Children Enslaved* (Londres: Routledge, 1988), p. 178; citado en Kent, p. 184.

2 Por ejemplo, en 1989 la administración Bush amenazó con recortar los fondos estadounidenses para la OMS si la agencia aceptaba como miembro al recién proclamado Estado Palestino. «Baker Urges Cutting Off of Funds if UN Agencies Upgrade PLO», *New York Times*, 2 mayo 1989, p. A6.

3 Por ejemplo, en 1984 la administración Reagan interrumpió la financiación de EE.UU. a la (UNESCO) porque la agencia se había vuelto demasiado 'política'. Graham Hancock, *Lords of Poverty: The Power, Prestige and Corruption of the International Aid Business*, p. 49; William Preston Jr., *Hope and Folly: The United States and UNESCO 1945-1985* (University of Minnesota Press) 1989, p. 10.

4 George Kent, *The Politics of Children's Survival* (London: Praeger, 1991), p. 185.

5 Veá, por ejemplo, UNICEF, *Within Human Reach: A Future for Africa's Children* (New York: UNICEF, 1985), p. 64; Giovanni Andrea Cornia, Richard Jolly y Frances Stewart, eds., *Ajuste con Rostro Humano: Protección de los Vulnerables y Promoción del Crecimiento* (Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A., 1987), Vol. I, p. 2.

6 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1989*, pp. 1-28.

7 *Ibid.*, pp. 21, 23.

8 *Ibid.*, p. 34.

9 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*.

10 Afirmación de *50 Years is Enough* (50 Años Bastan) -coalición que se opone a las políticas del Banco Mundial y el FMI- en la Cumbre Mundial de Copenhage, marzo 1995.

11 De una afirmación de Peggy Antrobus, Coordinadora General de Alternativas de Desarrollo de *Women for a New Era* (DAWN), en la Cumbre Social de Copenhage, marzo 1995.

12 Declaración Alternativa de Copenhage, redactada en el Foro de ONGs durante la Cumbre Social de marzo de 1995.

13 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 1995*, p. 61.

Acerca de los Autores

David Werner

David Werner, biólogo de formación, ha pasado los últimos 30 años trabajando por las familias campesinas pobres de las montañas de México occidental, para proteger su salud y sus derechos. El Proyecto Piaxtla, dirigido por los propios campesinos y del cual él ha sido promotor y asesor desde 1965, ha contribuido a la conceptualización y evolución de la Atención Primaria de Salud. Los tres principales libros que ha escrito e ilustrado -*Donde No Hay Doctor, Aprendiendo a Promover la Salud* y *El Niño Campesino Deshabilitado*- se encuentran entre los más ampliamente utilizados en el campo de la promoción de la salud comunitaria y la rehabilitación basada en la comunidad. Ha trabajado en más de 50 países -la mayoría del Tercer Mundo- ayudando a desarrollar talleres y programas de formación, y también como consejero.

En estos últimos años, David Werner se ha ido involucrando progresivamente en los factores sociales, políticos y económicos, tanto locales como mundiales, que afectan a la vida y a la salud de los menos favorecidos. David ha recibido varios premios por su trabajo de campo, incluyendo el primer Premio Internacional de Educación para la Salud de la Organización Mundial de la Salud, el «*genius fellowship*» de la Fundación MacArthur en 1991 y el Premio Christopherson de Salud Infantil Internacional de la Academia Americana de Pediatría. Es miembro fundador del Consejo Internacional para la Salud del Pueblo y de HealthWrights -*Workgroup for People's Health and Rights* (Equipo para la Salud y los Derechos del Pueblo).

David Sanders

David Sanders nació en Sudáfrica, y creció y se formó en Zimbabue, donde obtuvo el título de doctor en Medicina. Durante la década de los 70 vivió y trabajó en Gran Bretaña, donde se especializó en Pediatría y en Salud Pública Tropical. En esa época estuvo activamente involucrado en campañas para defender el Servicio Nacional de Salud y en el trabajo solidario en las luchas de liberación de las antiguas colonias portuguesas de África, de Zimbabue y de Sudáfrica. Es miembro fundador de ZIMA (*Zimbabwe Medical Aid*) y del Grupo «*Politics of Health*» (Políticas de Salud).

En 1980, regresó a la ya independiente Zimbabue como coordinador de un programa de salud rural desarrollado por OXFAM en colaboración con el Ministerio de Sanidad de Zimbabue. De igual forma, ayudó al desarrollo de un programa nacional de alimentación suplementaria infantil y se involucró activamente en la reestructuración del Ministerio de Sanidad de Zimbabue. Se incorporó al Departamento de Pediatría y Salud Infantil de la Escuela de Medicina de Harare y posteriormente fue trasladado al Departamento de Medicina Comunitaria, del que más adelante fue nombrado Profesor Asociado y Jefe. Durante este periodo trabajó en la reestructuración del plan de estudios de la Licenciatura de Medicina.

En 1992 fue nombrado Director de Desarrollo de Profesorado y Alumnado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Natal, en Sudáfrica, donde estuvo activamente involucrado en el desarrollo de la política de salud con el Consejo Nacional Africano y la SAHSSO (Organización Sudafricana de Salud y Servicios Sociales). Fue designado Profesor y Director de un nuevo Programa de Salud Pública en la Universidad de Western Cape, Ciudad del Cabo, en 1993, que proporciona formación orientada a la práctica a un gran número de promotores de salud y desarrollo. Es autor del libro *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* (La Lucha por la Salud: la Medicina y las Políticas del Subdesarrollo) así como de diversos folletos y artículos sobre economía política de salud, ajuste estructural, nutrición infantil y formación del personal sanitario.

Lista de Traductores

Coordinación, Revisión, Maquetación y Traducción:

- [David Pérez Solís](#) (Médico Interno Residente de Pediatría)

Traducción:

- [María Álvarez Lloret](#) (Diplomada en Enfermería)
- [Rafael Cofiño Fernández](#) (Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)
- Arancha Delgado Matarranz (Economista)
- María Esteban Goutayer (estudiante de Ciencias Económicas)
- María Fanjul Gómez (Fisioterapeuta y estudiante de Medicina)
- Álvaro González Franco (Médico Interno Residente de Medicina Interna)
- Nuria Losa Boñar (Licenciada en Medicina)
- Julio C Martínez Redondo (Profesor de Inglés)
- [Carmen M^a Muñoz Trujillo](#) (Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria)
- [Rafa Pardo de la Vega](#) (Médico Interno Residente de Pediatría)
- [Pablo Pérez Solís](#) (Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria)
- Patricia Piquero Díaz

Colaboraciones:

- Daniel Álvarez Franco (Arquitecto)
- Arancha Álvarez Lloret (Fisioterapeuta)
- Jorge Lorenzo Rabanal (Médico Interno Residente de Oftalmología)
- Raquel Ortega Asensio (estudiante de Medicina)

- Comité local de UNICEF de Gijón

- ...y la imprescindible y exhaustiva labor de revisión y corrección de esta traducción a cargo de [David Werner](#).

Cuestionando la Solución analiza por qué todavía mueren 13 millones de niños cada año por causas evitables, y pone en duda las estrategias convencionales de Atención Primaria de Salud y de Supervivencia Infantil. Demasiado a menudo, los planificadores de la salud y el desarrollo intentan usar únicamente medidas tecnológicas, en lugar de enfrentarse a las desigualdades económicas y sociales que perpetúan la pobreza, la falta de salud y la alta mortalidad infantil. A modo de ejemplo, los autores muestran cómo la promoción de la Terapia de Rehidratación Oral como producto comercial, en lugar de fomentar la autosuficiencia, ha convertido a esta tecnología potencialmente salvadora de vidas en otra forma de explotar y empobrecer más a los pobres.

El libro estudia la historia de la Medicina y la Salud Pública desde los tiempos coloniales, y muestra que la salud está más influenciada por la igualdad o desigualdad de las estructuras sociales que por los servicios de salud convencionales. Revela cómo las políticas de ajuste estructural y la globalización de la economía empeoran la salud y la calidad de vida de las personas más vulnerables, especialmente mujeres y niños. Ejemplos de países de África y Latinoamérica ilustran instructivas concepciones de la salud y el desarrollo que anteponen las necesidades humanas al crecimiento económico salvaje.

David C. Korten, Presidente
del *People Centered
Development Forum*,
autor de *When Corporations
Rule the World*

«***Cuestionando la Solución se abre camino como un láser de precisión*** a través de los mitos y las políticas erróneas propagadas por las burocracias oficiales de ayuda y por empresas lucrativas, desde las de alimentos infantiles a las industrias farmacéuticas. Con documentación extensa y rigurosa, Sanders y Werner no se olvidan nada en su profundo recuento de cómo la codicia y la complicidad oficial extienden la muerte y el sufrimiento en una tragedia que no tendría que ocurrir. De lectura imprescindible para todo aquel que trabaje en cooperación y para ciudadanos responsabilizados.»

Norbert Hirschhorn, MD
Asesor Internacional en
Atención Primaria de Salud
y enfermedades diarreicas

«**David Werner y David Sanders cuentan verdades** que nos obligan a afrontar cuestiones difíciles y esenciales. Insisten en que las soluciones técnicas serán insuficientes si los humanos no pueden decidir sus propios destinos físicos, emocionales y espirituales. El que no se sienta incómodo leyendo este libro sencillamente no ha captado la idea.»

Mira Shiva, MD
*All India Drug
Action Network*

«***Cuestionando la Solución es un hermoso trabajo***: un producto de la experiencia, la investigación y décadas de compromiso profundo de los autores con la salud de los pobres. Este poderoso libro inspira a cambiar las actuaciones por la salud.»

David Morley, MD
Profesor Emérito de
Salud Tropical Infantil, Universidad de Londres

«**La Diarrea aún produce tres millones de muertes al año.** El objetivo internacional de hacer disponibles para todo el mundo sobres de sales de rehidratación oral nunca será logrado. *Cuestionando la Solución*, espero, acelerará la participación de las comunidades para entender el problema y desarrollar su propia 'solución'.»

Michael Tan
Health Action Information Network, Filipinas
Autor de *Dying for Drugs*

«***Cuestionando la Solución es un libro oportuno.*** Muestra cómo las 'soluciones' son formuladas por supuestos expertos e impuestas no sólo en aldeas, sino en países enteros. Nos ayuda a entender por qué incluso el Banco Mundial habla ahora de la relación entre pobreza y salud. 'Pobreza' es una palabra segura, que rodea las graves desigualdades en el poder y el acceso a los recursos. Una palabra sigue siendo rara en la mayoría de los documentos de las corrientes predominantes: Justicia.»

«**Toda persona interesada en la salud de los países en desarrollo debería leer este libro.**»

Richard Laing
Profesor de Salud Internacional,
Escuela de Salud Pública
Universidad de Boston