

PERSPECTIVAS de Salud

Volumen 8 Número 2 • 2003

La revista de la **Organización Panamericana de la Salud** Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



¿Qué sucedió con la salud para todos?

25 años después de Alma-Ata

**Semana de vacunación
en las
Américas**

Una deuda pendiente

La primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada hace 25 años en Alma-Ata, Kazajistán, dirigió la atención mundial hacia la salud como un tema fundamental de derechos humanos. Es un placer poder publicar una retrospectiva de Alma-Ata de David Tejada, ex subdirector general de la Organización Mundial de la Salud y principal organizador de la conferencia. Sus recuerdos y su análisis de por qué no hemos logrado “Salud para todos en el año 2000” serán de gran interés para nuestros lectores.

Aquellos que, como el Dr. Tejada, somos desde hace mucho tiempo partidarios de la atención primaria de salud compartimos su frustración sobre los malentendidos y las distorsiones que ha sufrido el tema, tanto en Alma-Ata como durante el cuarto de siglo posterior. Fundamentalmente, la atención primaria de salud se refiere al primer nivel de atención, o sea, el primer contacto de la población con el sistema de salud. Este paso no debe darse en el hospital, o cuando la persona ya está enferma sino antes —y para prevenir— que se enferme. Una atención primaria de salud eficaz supone un sistema de salud integrado que se extienda a los individuos, las familias y las comunidades, y que los acompañe en su desarrollo.

Una comprensión parcial ha llevado a que algunos piensen que la atención primaria de salud es lo opuesto a la atención hospitalaria, que a su vez se considera más sofisticada y mejor. Y puesto que en el hospital se concentran los especialistas, se ha pensado que la atención primaria podía quedar en manos de promotores y voluntarios sin asignar recursos altamente calificados a ese nivel. Además, como los hospitales se encuentran en general en las zonas urbanas, algunos han llegado a pensar en la atención primaria de salud como en un sinónimo de atención rural. En realidad, la atención primaria de salud eficaz debe aplicarse por igual a los habitantes tanto de zonas rurales como urbanas.

Lo que la atención primaria de salud significaba para sus partidarios en Alma-Ata —y lo que debe seguir siendo— es una estrategia para transformar el sistema de atención de salud y acercarlo lo más posible a la población, precisamente para que las personas no necesiten ir al hospital, excepto en caso de accidentes o ciertas enfermedades no prevenibles. Y si las personas tienen que ir al hospital, que no lleguen como desconocidos, sino como personas que ya tienen una historia clínica reconocida por el sistema. Y que, después que reciban tratamiento, regresen a sus comunidades y el sistema siga acompañándolos.

Hay trabajos importantes que se han llevado a cabo en muchos países y en varios organismos internacionales que sí comprendieron la esencia de la atención primaria de salud. Inversiones notables, en particular en recursos humanos, facilitaron que los servicios de salud llegaran a las personas en sus hogares y comunidades, recompensando la tendencia de concentrar los recursos en los hospitales. Igualmente, enfatizaron la acción intersectorial para abordar los determinantes de la salud y poder así generar más y más salud y calidad de vida.

Sin embargo, lo que se perdió casi por completo fue la función transformadora de la atención primaria de salud. En estos 25 años, hemos visto aumentos significativos del gasto en salud, pero desde el 50% hasta el 80% de los presupuestos sanitarios de nuestros países está todavía destinado a los hospitales. Por lo tanto, cuando aquellas inversiones especiales fueron reducidas o desaparecieron, en particular por exigencias de la reforma del sector salud, las personas quedaron nuevamente sin atención. Si la atención primaria hubiera ejercido ese rol transformador del sistema, nunca habríamos perdido tanto terreno en los años 80.

Los sistemas de salud de hoy necesitan transformarse tanto como los sistemas de 1978. Pero ahora estamos en mejores condiciones para llevar a cabo el cambio. Comprendemos mucho mejor lo que es la atención primaria de salud y acumulamos experiencias sobre lo que puede suceder sin ella. Es más, los adelantos tecnológicos ahora permiten llevar la atención de salud a las personas de una manera que no podríamos haber imaginado en 1978.

Cuando el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reúna este septiembre aprovechará la ocasión del 25^o aniversario de Alma-Ata para reflejar los éxitos y fracasos de la conferencia y también para reabrir el debate sobre la atención primaria de salud y la necesidad de transformar los sistemas de salud de nuestros países. En muchos casos, la región refleja lo opuesto a “Salud para todos”: grandes porciones de nuestras poblaciones están casi totalmente excluidas. Hasta que se cumpla el sueño de Alma-Ata de salud para todos —universal, multisectorial y participativa—, la salud pública internacional tendrá una gran deuda pendiente.



Mirta Roses Periago
Directora

PERSPECTIVAS de Salud

Perspectivas de Salud

Volumen 8 Número 2

Publicada por la Organización Panamericana de la Salud
(OPS)

Mirta Roses Periago, Directora

Bryna Brennan, Dirección
Donna Eberwine, Paula Andaló, Editoras
Armando Waak, Fotografía
Gilles Collette, Dirección artística
Wolfgang Guzmán, Diseñador
Alex Winder, Arte gráfico

Perspectivas de Salud (ISSN 1020-556X) es publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la agencia internacional de salud más antigua en existencia en el mundo, y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con sede en 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037 EE.UU.
Teléfono: (202) 974-3000

Fax: (202) 974-3663. Internet: <http://www.paho.org>

©2003 Organización Panamericana de la Salud
Todos los derechos reservados

Los artículos no representan necesariamente el punto de vista oficial de la Organización Panamericana de la Salud. Las cartas e indagaciones editoriales deben ser dirigidas a la Redacción.

Reimpresión: Los artículos reimpresos con permiso deben llevar la siguiente nota de reconocimiento: “Reproducido de *Perspectivas de Salud*, la revista de la Organización Panamericana de la Salud publicada en inglés y español”. Las reimpresiones deben llevar el nombre del autor y dos copias tienen que ser enviadas a *Perspectivas de Salud*.

CORREO POSTAL: Envíe los cambios de dirección a la revista *Perspectivas de Salud*, Área de Información Pública (PIN), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037.

Estados Miembros de la OPS

Antigua y Barbuda
Argentina
Bahamas
Barbados
Belize
Bolivia
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Dominica
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
Granada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Saint Kitts y Nevis
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas
Suriname
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

Estados Participantes

Francia
Países Bajos
Reino Unido

Miembro Asociado

Puerto Rico

Estados Observadores

España
Portugal

Artículos

2



Alma-Ata: 25 años después

por David A. Tejada de Rivero

La Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que tuvo lugar en 1978 en Alma-Ata, Kazajistán, en la ex URSS, se comprometió a lograr la “Salud para todos para el año 2000”. Hoy, un cuarto de siglo después, un participante clave ofrece una mirada retrospectiva sobre los logros de la histórica conferencia y sobre aquellos sueños que no se realizaron.

8



Lágrimas, amores, traiciones y mensajes de salud

por Paula Andaló

Hace décadas que las telenovelas son un rotundo éxito de audiencia a nivel mundial. Pero además de atrapar al espectador con historias de amores imposibles han demostrado ser un poderoso agente de cambio social, transmitiendo mensajes clave de salud y calidad de vida, sin traicionar su esencia ni sacrificar puntos de rating.

14



Un gesto de amor: Semana de Vacunación en las Américas

texto por Manuel Calvit; fotos de Armando Waak

Trabajadores de salud y voluntarios en 19 países de Latinoamérica y el Caribe unieron sus fuerzas a principios de junio para llevar adelante la primera iniciativa regional de la Semana de Vacunación en las Américas. La meta: vacunar a los niños sin importar en donde vivieran ni cuán difícil fuera llegar a ellos, para que ningún niño quedara atrás.

22



Una joya cubana de la medicina tropical

por Annmarie Christensen

El Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, el más eminente centro científico de Cuba, se ha construido a fuerza de excelencia un espacio indispensable en la lucha mundial contra las enfermedades infecciosas y tropicales. Su historia es, en parte, un desafío familiar.

26



¡Hasta la vista, paraíso!

por Tony Deyal

La escasez mundial de enfermeras diplomadas ha cobrado un costo particular en el Caribe, en donde los reclutadores extranjeros han tenido éxito y han generado una fuga de cerebros de enfermería altamente desarrollada. Ahora, la región está buscando formas de impedir que las enfermeras abandonen sus hogares en las islas tropicales en busca de trabajos mejor remunerados.

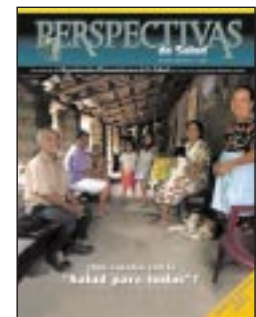
contenido

Columnas

Primera palabra
de la directora

30 Última palabra
Lecciones de SRAS

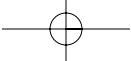
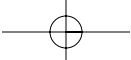
32 Cartas



Portada:

La meta de “Salud para todos para el año 2000” parecía posible en 1978, cuando se realizó la primera Conferencia sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en la ex URSS. Hoy, 25 años después, la meta todavía no se ha alcanzado. La historia de tapa de *Perspectivas de Salud* analiza las razones.

Foto Cecilia Durand. Cortesía de la Unidad de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud.





Alma Ata

25 años después

por David A. Téjada de Rivero

*“Salud para todos en el
año 2000” fue una meta
valiente y ambiciosa.*

*Pero incluso aquellos que
la concibieron en 1978 no
comprendieron por completo
su significado. No debe
extrañar, entonces, que
25 años después, todavía
estemos trabajando por
ese sueño.*

Este año se cumple el 25° aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica. Convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), contó con la presencia de 134 países, 67 organismos internacionales, y muchas organizaciones no gubernamentales. Lamentablemente China fue el gran ausente.

Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones, los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de “Salud para todos”. Desde entonces, Alma-Ata y “atención primaria de salud” son términos indisolubles.

Ahora, 25 años después, vale reflexionar sobre estos hechos y, más que todo, sobre el sentido original de ese objetivo, porque en reiteradas ocasiones ha sido mal interpretado y distorsionado. Para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro: el lema “Salud para todos” ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confundió la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como “globalización”. Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de “Salud para todos en el año 2000”.

Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica, así como también en una

nueva forma histórica de confrontación. Se llamó la “guerra fría” y estuvo basada en un extraordinario desarrollo tecnológico en los campos bélicos como ejes de una implacable guerra económica, cuyo fin era la eliminación de una de las dos superpotencias. Esto ocurrió con la caída del Muro de Berlín. Pero, dentro de los bloques dominantes, no había tampoco una clara hegemonía de un solo país. En el bloque llamado “socialista” había una confrontación entre la Unión Soviética y China. Ello resultaría decisivo en la realización de la Conferencia.

y como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres.

Una meta global

Esta meta social y política era en realidad un “slogan”, término de origen escocés que se refiere a un grito o estandarte de batalla capaz de convocar y motivar a las personas. Sin embargo, el contenido sustantivo del slogan ha sido mal entendido, pues se confundió con una forma simple de programación, más técnica que social, y más burocrática que política.



Al mismo tiempo, en el mundo se daban, desde muchos años antes, experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud, a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas en lo económico. Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los 60 y 70. Sobresalen las de China, India, y algunos países de África y América Latina. Estudiosos del mundo desarrollado las publican y la Organización Mundial de la Salud responde de manera muy activa, coincidiendo con el inicio del mandato de Halfdan Mahler como director general. Mahler percibe muy bien estas experiencias y las proyecta a escala mundial

Cuando Mahler propone “Salud para todos” en 1975, fue muy claro al decir que se trataba de alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico (hoy diríamos un nivel mínimo de vida digna dentro de un desarrollo verdaderamente humano). La segunda parte, referida al año 2000, debió entenderse como que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían ya en un proceso claro de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables.

Fue muy importante el proceso de desarrollo conceptual acerca de qué es la salud.

▲ El senador estadounidense Edward Kennedy (izq.) tuvo una sorpresiva aparición en la conferencia de Alma-Ata de 1978. A la derecha, el entonces director general de la OMS, Halfdan Mahler.

En 1946, la definición de salud incorporada en la Constitución de la OMS había sido propuesta por Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública. Costó mucho que fuera comprendida por los expertos de los gobiernos de entonces, a pesar de ser un notable salto cualitativo. Decía que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En la Declaración de Alma-Ata se reitera en forma expresa esa definición. Y se agregan los conceptos de que la salud “es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo”. Además, el texto dice que su realización “exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud”.

Tampoco se comprendió, por nuestras deformaciones profesionales, que la salud es una realidad social cuyo ámbito no puede ser separado con nitidez de otros ámbitos sociales y económicos y que, por lo tanto, no debe circunscribirse a un sector administrativo burocrático del Estado. Tampoco se percibió suficientemente, a pesar de estar escrito varias veces, el hecho de que la salud es, por sobre todo, una realidad social compleja, un proceso social aun más complejo, y un proceso político dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores.

Lo que sí fue muy claro, pero sigue siendo muy mal entendido, es la responsabilidad y el deber de todos —personas, grupos sociales y la ciudadanía en general— de cuidar de modo activo de su salud individual y colectiva. Lamentablemente, y en la práctica, las personas siguieron siendo consideradas como recipientes pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.

La denominación de “atención primaria de salud” surgió de una percepción sesgada y errada de algunos de los componentes formales de las experiencias antes mencionadas y sobre todo de la experiencia china de los “médicos descalzos”. Su comprensión superficial y simplista contribuyó a una muy restringida interpretación conceptual.

Los tres términos del concepto han sido mal interpretados. Ya vimos la estrecha y errada interpretación de “salud”.

En cuanto a la “atención”, la versión original en inglés usó el término “cuidado” (care), y no “atención”. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos.

En lo lingüístico, el término “primario” tiene diversas y hasta contrarias acepciones. Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo “primitivo, poco civilizado”; y la otra a “lo principal o primero en orden o grado”. Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto fue más fácil, más cómodo y seguro entender el término “primario” en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma-Ata se refería a la segunda. En la Declaración también se señalaba que la atención primaria de salud “forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial)”, y es “la función central y el núcleo principal” de “todo” el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres.

No está de más insistir en un punto: la gran diferencia que hay entre un cuidado integral de la salud para todos y por todos —multisectorial y multidisciplinario, promocional y preventivo, participativo y descentralizado—, y una atención reparativa de ciertas enfermedades, de bajo costo y por eso de segunda o tercera clase para los estratos periféricos más pobres de la población y, lo más grave, prestados en programas paralelos al resto del sistema de salud y sin participación activa, directa y efectiva de las personas.

Repetidas veces en mis actividades docentes he desarrollado este punto procurando señalar lo que no es la atención primaria de salud (no importa su nombre, que lleva a errores), y lo que sí es. Repetidas veces, cuando era aún subdirector general de la OMS, debí guardar prudente silencio

cuando los altos funcionarios de un gobierno me decían con orgullo que tenían una “dependencia específica” o un “programa nacional” de atención primaria o que desarrollaban actividades de atención primaria sólo en los puestos de salud más periféricos.

La propuesta soviética

En la 28ª Asamblea Mundial de la Salud de 1975 se logró imponer el concepto, así como la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para todos y por todos. Así surgió lo que se dio en llamar atención primaria de salud. Fue una victoria de los países en desarrollo de entonces. Las grandes potencias capitalistas la aceptaron benévola pero la Unión Soviética se opuso por considerarla un retroceso científico y tecnológico. Era una prueba de que el modelo “flexneriano” no respetaba las fronteras ideológicas de la guerra fría.

En esa Asamblea, nadie pensó en realizar una conferencia internacional sobre el tema, pues prevalecía la idea de esperar por nuevas experiencias.

En enero de 1976, un día antes de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, previo a la 29ª Asamblea Mundial de la Salud a realizarse en mayo de ese año, recibí en mi casa de Ginebra la visita de mi gran amigo Dimitri Venediktov, el poderoso viceministro de Salud para Asuntos Internacionales de la Unión Soviética. Traía la idea de realizar una gran conferencia internacional sobre el tema de la atención primaria, así como dos millones de dólares como contribución extraordinaria de la Unión Soviética para ese efecto. Me explicó que la primera potencia socialista no podía permitir un triunfo de China en los países del entonces Tercer Mundo. Fue una gran sorpresa y no bastaron mis argumentos sobre lo prematuro de realizar una gran conferencia y que ella se llevase a cabo en Moscú, como fue su idea original.

Al comenzar el Consejo Directivo, Venediktov hizo su propuesta, y después de muchas presiones aceptó que la conferencia tuviera lugar en un país en desarrollo. Cuatro meses después, la idea fue formalmente aceptada en la Asamblea y se programó el encuentro para 1978. El director general me nombró coordinador general,

Conclusiones clave

La Declaración final de la conferencia de Alma-Ata tenía 10 puntos principales, resumidos a continuación. El texto completo del documento se puede ver en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

- I. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.
- II. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.
- III. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- V. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- VI. La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- VII. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- VIII. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.
- IX. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

“La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo...con el espíritu y contenido de esta Declaración.”

encargado de todos los aspectos técnicos, logísticos y políticos. Esta tarea me tomaría veintinueve meses de trabajo y varios viajes a la Unión Soviética y a otros países.

Hoy debo reconocer que fue acertado realizar una gran conferencia internacional, ya que podía ser un medio extraordinario para promover un cambio tan importante. No hay duda de que mi amigo Venediktov era un político consumado.

Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema, no fueron consecuencia de



la Conferencia. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia.

Desechada la idea de Moscú, se comenzó a buscar un país y una ciudad del Tercer Mundo como sede de la Conferencia. Tarea muy difícil por las implicaciones económicas y logísticas requeridas para tal empresa. El costo adicional a los dos millones ofrecidos por la Unión Soviética era de poco más de un millón de dólares. San José de Costa Rica tuvo que ser descartada por el fracaso en las gestiones para la ayuda

▲ Los delegados se toman un descanso fuera del monumental Centro de Convenciones Lenin de Alma-Ata, con capacidad para 3.000 personas.

económica de los Estados Unidos. La posibilidad de El Cairo también fracasó ante la negativa de los países petroleros del Golfo a dar ayuda. Un viaje mío a Irán para lograr que la sede fuese Teherán sólo logró el interés de la hermana del Sha, la princesa Ashraf Pahlavi, quien fuera después uno de los seis vicepresidentes de la Conferencia. La única solución fue escoger una ciudad de la Unión Soviética que no fuese Moscú.

Se discutió con Venediktov acerca de los posibles lugares y viajé con él dos veces a Bakú, Tayikistán y Alma-Ata. La decisión debía ser tomada por la propia Unión Soviética y yo sólo llevaba el detallado cuadro de las necesidades y requerimientos físicos y logísticos mínimos. Pero, una vez más, mi amigo Venediktov me dio clases de manejo político. En los tres sitios me presentó como la persona que debía tomar la decisión final.

La selección de Alma-Ata se debió a dos consideraciones principales: el dinamismo y liderazgo del ministro de Salud de Kazajistán, y las condiciones de infraestructura física que debían realizarse en plazos bastante limitados. Alma-Ata significa “padre de las manzanas” y estaba en la república donde la Unión Soviética tenía sus programas espaciales para la guerra fría. Era, además, vecina de China.

Fue extraordinario el trabajo realizado por el gobierno y el ministro de Salud de Kazajistán. Construyeron en un año, entre otras cosas, un hotel de 1.000 camas. El magnífico Centro de Convenciones Lenin, con un auditorio para 3.000 personas, tenía un sistema completo de interpretación simultánea y receptores auriculares en todos los asientos. Pero la comunicación era sólo unidireccional, es decir, del podio a la platea, por lo que hubo que llevar un sistema inalámbrico de Italia. También hubo otros problemas que se fueron resolviendo en nuevos viajes. Al final, tuvimos que llevar personal de Ginebra para facilitar los trámites de inmigración, aduana y recepción en los aeropuertos de Moscú y Alma-Ata. Todo el personal de secretaría fue de Ginebra en dos aviones. Al final, todo funcionó sin contratiempos. El senador Edward Kennedy fue bien recibido y atendido a pesar de no formar parte de la delegación oficial de Estados Unidos y

llegar de improviso. Su presencia era una demostración de la importancia política que había adquirido la Conferencia.

Un año antes de la Conferencia se comenzó a preparar los borradores de trabajo y consulta, los cuales, con la participación activa de los gobiernos y otras organizaciones, se convertirían en los documentos oficiales a ser revisados y aprobados por la Conferencia. Tanto la Declaración como las Recomendaciones fueron el resultado de dieciocho borradores, revisados y corregidos en reuniones regionales (en las seis Regiones de la OMS y en la Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas de 1977), en grupos especiales de países, y en algunos países. Sin serlo en lo formal, la Conferencia se preparó como un proceso abierto, descentralizado, democrático y participativo.

El proyecto oficial sufrió pocas modificaciones, algunas de las cuales, es de lamentar, contribuyeron después y en gran parte, a las distorsiones de los conceptos originales. Muchas delegaciones y delegados pugnarón por incorporar detalles puntuales correspondientes a especialidades más médicas que de salud.

Era muy importante que la Conferencia fuera co-auspiciada y organizada en forma conjunta con el UNICEF. En un principio fue difícil pero el trabajo realizado con Richard Hayward y Newton Bowles, dos excelentes amigos en puestos claves de UNICEF, permitió convencer a Henry Labouisse, entonces director ejecutivo, y establecer una participación activa y positiva de este Fondo de las Naciones Unidas. Debo reconocer siempre el privilegio de haber trabajado tan estrechamente con el UNICEF, una colaboración que se prolongó hasta mi retiro de la OMS.

Lástima que mucho después, por la impaciencia de lograr algunos resultados tangibles en lugar de trabajar sobre siempre difíciles procesos de cambio, algunas agencias internacionales, de Naciones Unidas y privadas, contribuyeron a las mayores distorsiones del concepto y la práctica alejadas de la original atención primaria de salud.

La llamada “atención primaria de salud selectiva”, los “paquetes” de algunas “intervenciones de bajo costo” como GOBI y GOBI-FFF (siglas en inglés para monitoreo del crecimiento de niños, rehidratación oral, lactancia materna, suplementos alimentarios, alfabetización de

mujeres y planificación familiar), así como otras formas contrarias al espíritu y conceptos de Alma-Ata, constituyeron una desviación que contribuyó a aumentar las distorsiones.

Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de “Salud para todos” y a la estrategia, también social y política, de la “atención primaria de salud”, no sólo subsisten sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se invierten y gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces.

En el mundo globalizado de hoy, unipolar y con la amenaza de una pérdida creciente de las soberanías nacionales, una de las pocas medidas que existen para tener control sobre el destino es la construcción de democracias auténticas, descentralizadas y participativas. Hoy es imprescindible transferir —o mejor dicho “devolver”— el poder político para tomar las decisiones que afectan a las sociedades a su punto de origen, que es la ciudadanía.

“El cuidado integral de la salud para todos y por todos” —la mejor forma de expresar la genuina “atención primaria de salud” de Alma-Ata— es una necesidad no sólo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones-estados soberanos en un mundo cada día más injusto.

Tal vez sea necesario convocar a una Alma-Ata II para relanzar, sin distorsiones, los conceptos que dieron origen a esa conferencia en 1978. Por supuesto, con las debidas actualizaciones derivadas de los grandes cambios mundiales y de las experiencias de estos 25 años.

David A. Tejeda de Rivero fue subdirector general de la Organización Mundial de la Salud de 1974 a 1985 y fue dos veces ministro de Salud de Perú.



▲ Tony Domínguez le revela a su prometida, Kristen Forrester, que dio positivo en el examen de VIH, en el drama de la cadena CBS *The Bold and the Beautiful* ("Audaces y bellos"). Luego, la pareja se casa y viaja a África, en donde adopta a un niño huérfano del sida. Tanto las soap operas estadounidenses como las telenovelas latinoamericanas han incorporado temas sociales y de salud en las historias clásicas del género.

Por décadas, las telenovelas latinoamericanas han cautivado al público con historias emocionantes de romances, pecados, castigos y heroínas que triunfan sobre la adversidad. Pero, para los defensores de la salud pública, también son un medio ideal para transmitir mensajes positivos que promuevan estilos de vida más saludables.

amores, traiciones ...y mensajes de salud

Por Paula Andaló

José Alfredo es mexicano y tuvo que acostumbrarse a una silla de ruedas desde que un accidente lo dejó postrado hace dos años. Pero ese límite físico no ha sido una barrera para su desarrollo personal: juega al básquet, tiene su propia zapatería y acaba de casarse con una bella muchacha. Su lema es “tú estás derrotado cuando te sientes derrotado”. Julia es argentina y está harta de sufrir los golpes y las humillaciones de su marido. Después de 15 años de sufrimiento, logra denunciarlo y se anima a arrojarle a la cara una demanda de divorcio y a cambiar de vida. Capitú es brasileña y le muestra un preservativo a su pareja, mientras le indica con un gesto que lo harán con eso... o de ninguna manera.

¿Qué delgada línea separa a estos hombres y mujeres de ficción de tantos que existen en la vida real? Los personajes de las telenovelas *Entre el amor y el odio* (Univisión, 2003), *Sin marido* (Telearte, 1988) y *Lazos de Sangre* (TV Globo, 2000) son apenas algunos de los muchos ejemplos que muestran cómo estos ciclos televisivos de impacto mundial pueden ser el medio ideal para transmitir mensajes positivos de salud y calidad de vida.

La telenovela es uno de los géneros de mayor audiencia. Según explica Nora Mazziotti, profesora en la carrera de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires y autora del libro *La industria de la telenovela*, “son muchos los registros en diversos países sobre la repercusión de este género, que hablan no sólo de su importancia comercial sino también de su significación cultural y social”.

Estas especiales historias de amor nacieron con éxito en América en la década del 60, cuando guionistas cubanos, con Delia Fiallo a la cabeza, comenzaron a adaptar las historias de los radioteatros a la televisión. Desde sus inicios, estos relatos que abordan temas de la tragedia clásica —la traición, el amor prohibido, el castigo— cautivaron al público latino.

foto cortesía John Paschal International

Sin embargo, desde hace poco más de dos décadas, su capacidad para atrapar al espectador traspasó los límites del continente, captando audiencias impensadas. En China, por ejemplo, 450 millones de personas siguieron la novela brasileña *La esclava Isaura*. El 70% de la población rusa se emocionó con la tira mexicana *Los ricos también lloran*. En España, la venezolana *Cristal* se transmitió siete veces y, la primera vez, su desenlace fue visto por once millones de personas.

Con estas cifras en la mano es inevitable la pregunta: ¿la telenovela será la vía por excelencia para diseminar mensajes de salud? Estas tiras, casi sin proponérselo, influyen en las prácticas sociales. La identificación de la audiencia con los personajes es muy estrecha. Los televidentes se ven fácilmente reflejados en las penurias de los protagonistas y, tal vez por eso, pueden adoptar un nuevo comportamiento de manera natural, sin sentir que están haciendo algo alejado de sus realidades. Por eso, expertos en comunicación y en salud pública buscan formas de insertar mensajes de salud y cambio de hábitos de vida en medio de lágrimas, traiciones y amores imposibles.

Al principio, los mensajes eran básicos, intuitivos, tales como “fumar es malo” o “es bueno estudiar para ser alguien en la vida”. Pero con el tiempo comenzaron a tratar temáticas sociales más complejas y así

se convirtieron en una guía sutil pero eficaz para instalar conciencia en el pensamiento colectivo acerca de cuestiones controversiales de salud pública, como también para promover una sociedad más ética y saludable.

El poder de la ficción

Una señal del enorme potencial del género fue la aparición de un personaje con cáncer de seno en *Cristal* (1986), lo que motivó una catarsis de consultas médicas en Venezuela y en España. Pero antes, otras experiencias ya venían marcando el camino. En el libro *Entertainment-Education: A Communication Strategy for Social Change*, Everett Rogers y Arvind Singhal, de las universidades de Nuevo México y Ohio, recogen el éxito de la legendaria *Simplemente María* (1969), la historia de una mujer peruana que emigra del campo a la ciudad y que debe afrontar el engaño amoroso y el embarazo en soledad.

A partir de su emisión en Perú (luego tuvo varias versiones en distintos países del mundo), se incrementó la inscripción a cursos de alfabetización y de costura, justamente las dos decisiones que ayudaban a la protagonista a salir adelante en la vida. Sin proponérselo, la telenovela había generado un cambio social.



foto cortesía Miguel Sabido

Los hijos de nadie fue una de las telenovelas “pro desarrollo” que en México colocó en el debate nacional el tema de los niños abandonados en las calles.

OPS

Mercadeo social en Brasil, una estrategia de alto impacto

Desde 1990, la cadena brasileña TV Globo se propuso abordar en forma sistemática temas sociales en sus telenovelas. Según su último informe anual, *Mercadería social, la diversión al servicio del bien*, en 2002 se emitieron en telenovelas un total de 1.138 escenas vinculadas con temas de salud. Abarcaron desde alcoholismo, salud sexual y donación de órganos, hasta uso de preservativos y cuidado del medio ambiente.

El valor agregado del género como vía de transformación social motivó a los productores de TV Globo a realizar un estudio comparativo durante la transmisión de la telenovela *Lazos de Sangre* (2000) —en la cual Camila, la protagonista, debía afrontar una leucemia—, para detectar cambios en ciertos servicios de salud.

El trabajo, denominado “Efecto Camila”, fue revelador: en noviembre de 2000, el Registro Nacional de Donantes de Médula Ósea de Brasil registraba un promedio de 20 inscripciones por mes; en enero de 2001, cuando la telenovela ya había planteado el tema, hubo 900 inscripciones.

La línea “Disque Salud”, un número telefónico del Ministerio de Salud para informar y canalizar donaciones de órganos y de sangre, recibió 67 llamadas en noviembre de 2000; en enero de 2001 fueron 458. El Instituto de Hematología de Río de Janeiro tuvo 10 donantes de sangre en noviembre y 154 en enero.

Durante la emisión de *El Clon* (2001), donde se trataba el tema de la adicción a las drogas, la Secretaría Nacional Antidrogas de Brasil registró un incremento del 570% en las llamadas recibidas (de 900 en enero de 2002, habían pasado a 6.000 en mayo de ese año). Y entidades de ayuda a drogadependientes observaron aumentos de hasta el 120% en llamadas para solicitar ayuda.

Estos números impactantes alentaron a productores, guionistas y organizaciones de salud pública a reforzar las temáticas de salud en ocasiones especiales. Así ocurrió con *El beso del vampiro* donde el tema de la falta de donantes se trató durante la misma semana en que tuvo lugar el Día Internacional de Donación de Sangre.

Pero fue Miguel Sabido, pionero en producción de entretenimiento con beneficio social y vicepresidente de la cadena mexicana Televisa hacia 1975, quien inició este proceso “oficialmente”. Entre aquel año y 1982, realizó siete seriales didácticos denominados “telenovelas pro desarrollo”, que buscaron combinar el entretenimiento con propósitos educativos, ya en forma deliberada. Una de ellas, *Caminemos*, promovía la responsabilidad sexual entre adolescentes, mientras que *Nosotras las mujeres* analizaba la equidad de género en la sociedad mexicana y *Ven Conmigo*, la educación para adultos. “Intenté que la televisión comercial tuviera un beneficio social a través de las telenovelas, justamente un producto que está dentro de las casas de aquellos que más necesitan informarse —cuenta Sabido—. Me propuse ofrecerles herramientas para que ellos mismos pudieran mejorar sus vidas. Armé grupos de estudios que analizaron conductas, formas de incorporar mensajes positivos sin traicionar los códigos del género. Aproveché la capacidad de reflexión moral sobre lo bueno y lo malo que tiene el formato de la telenovela. Y demostré que se puede lograr sin bajar el rating” (ver recuadro pág. 12).

En 1994, se realizó una experiencia similar en Colombia. Con recursos del Ministerio de Salud se produjo *Santa María del Olvido*, un serial que se emitía a las 11 de la mañana, apuntaba a un público femenino y trataba temáticas sociales y de salud. Otro éxito rotundo se sitúa el año pasado en Brasil, cuando funcionarios del Ministerio de Salud admitieron que el tratamiento del tema de la adicción a las drogas en la telenovela *El clon* (TV Globo, 2001), había obtenido más y mejores resultados en la prevención y tratamiento de drogadependientes que muchas campañas gubernamentales. Los guionistas de *El Clon* fueron más allá: mientras la joven Mel veía la destrucción de su vida afectiva a causa de la droga, se intercalaban testimonios de personas adictas en la vida real. Más de 45 millones de televidentes vieron el final de esta telenovela sólo en Brasil.

Un ejemplo anterior a *El clon* fue la novela *Lazos de sangre* (2000), que indujo a la donación de sangre y médula ósea a partir de la lucha de Camila, la protagonista, por superar su leucemia. En los días posteriores a la emisión del capítulo donde se revelaba la enfermedad y la necesidad de un

transplante, el aumento de donaciones fue espectacular. (Ver recuadro pág. 10) Lo mismo ocurrió cuando en *De cuerpo y alma* (1992) se planteó la necesidad de donación de un corazón.

Gloria Perez, autora de este éxito, opina que no es tarea de los folletines el resolver problemas sociales. No obstante admite que pueden ayudar muchísimo “porque, en el momento en que, gracias a la novela, se activa un interés nacional, las instituciones y organismos que trabajan en esos mismos temas de salud deben actuar, aprovechar

Mientras Camila, protagonista de la telenovela *Lazos de sangre*, luchaba contra la leucemia, en Brasil se registró un aumento espectacular de donantes de sangre y médula ósea.



fotos cortesía TV Globo

ese interés y activar campañas y mensajes”.

En la actualidad, el programa “Hollywood, salud y sociedad” de la Universidad del Sur de California, junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), está capacitando a guionistas y productores en el tratamiento de temáticas de salud en las tiras. Y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoyó la importación a Suriname del serial sudafricano *Soul City* (Ciudad Alma), parte de una experiencia riquísima en esta línea de instalar temas como el sida, el embarazo adolescente y las adicciones en los argumentos de las telenovelas (ver recuadro pág. 12).

Los buenos sí se enferman

Sin duda, los temas de salud han ganado terreno en la pantalla lacrimógena, tomando dos caminos: las telenovelas especialmente producidas para transmitir un mensaje, y aquellas que incluyen las temáticas de salud en tramas más amplias.

Al comienzo, estos temas se presentaban dentro de la dicotomía “buenos versus malos”: los malos se infectaban con el VIH (como en la telenovela argentina *Celeste*, protagonizada por Andrea del Boca), mientras que el embarazo no deseado era el “castigo” por una noche de amor anterior al altar, pecado que la heroína debía pagar a lo largo de los 300 capítulos de la tira.

Ahora, la nueva generación de guionistas, que producen las llamadas “telenovelas de ruptura”, se atreve a abordar temas sociales de alto impacto —violencia urbana, corrupción política, sida, tráfico de órganos— en series como las colombianas *La mujer del presidente* (1998) y *Amores Perros* (1999), la brasileña *Nada personal* (1997) o la argentina *Resistiré* (2003).

Y aunque todavía se escuchan disparates del estilo “mira cómo lo tratas a tu marido, por eso te pega” (lo dijo una mujer en *Angélica pecado*, Telefuturo), son más las voces positivas. Ahora, los temas no son estigmatizados por definición y su tratamiento es mucho más cercano a la vida real, lo cual, junto con la transmisión de las tiras en horarios nocturnos, ha logrado captar también al público masculino.

Para que los mensajes de salud en las telenovelas tengan éxito la clave es, según la

Desde América hasta Africa, resultados que se reflejan en cifras

Los números confirman el impacto que tienen los mensajes sociales cuando se transmiten a través de una telenovela. Tras la emisión de la novela de Miguel Sabido *Acompáñame* (1977), que planteó a lo largo de nueve meses la problemática de la planificación familiar, el Consejo Nacional de Población de México (CONAPO) registró que:

- los llamados telefónicos en busca de información aumentaron de cero a un promedio de 500 por mes; muchas de las personas que llamaban hacían referencia a la telenovela;
- más de 2.000 mujeres se inscribieron como trabajadoras voluntarias en el programa nacional de planificación familiar; el trabajo social había sido una de las temáticas planteadas en la telenovela;
- la venta de anticonceptivos trepó un 23% en un año, el año anterior había crecido el 7%;
- unas 560.000 mujeres se anotaron para participar en distintos programas de planificación familiar.

El "modelo Sabido" de telenovelas para el desarrollo es aplicable en distintos países y culturas. Su experiencia en México fue tomada primero por la organización Population Communications International (PCI) y luego por Population Media Center (PMC), entidades que trabajan a nivel mundial para promover en medios audiovisuales y gráficos la educación en planificación familiar y en prevención de enfermedades de transmisión sexual, salud reproductiva y equidad de género.

PMC ha trabajado con el modelo de "telenovelas pro desarrollo" en la India, Etiopía, Kenya, Costa de Marfil, Malawi, Burkina Faso, Nigeria, Ruanda, Sudán y Swazilandia. Durante la preproducción, equipos de expertos analizan las pautas culturales de cada país, para adaptar las historias con el objetivo de que se produzca un alto poder de identificación que ayude al éxito del mensaje transmitido.

Según explica su presidente, William Ryerson, las telenovelas son una vía excelente para instalar mensajes positivos de salud, "mucho más que los programas unitarios porque, por su extensión, permiten forjar lazos con los personajes e involucrarse con sus pensamientos y sus conductas, creando vínculos emocionales muy fuertes".

Estudios estadísticos realizados por distintas organizaciones en México, la India y los países africanos también comprobaron el potencial del género. Un trabajo liderado por el propio Ryerson, auspiciado por la Fundación Rockefeller, a partir de la telenovela hindú *Humraahi* ("Ven junto a mí") transmitida en 1992, demostró que los seguidores de la tira, a diferencia de los que no la habían visto, cambiaron significativamente sus actitudes en relación con la edad ideal de matrimonio y con la aceptación de la mujer en el

mundo laboral, dos temas centrales en la historia.

En Kenya se emitió la telenovela *Tushauriane* ("Hablemos de ellos") junto con un programa de radio, *Ushikwapo Shikamana* ("Si ayudó, ayúdese") en 1987. Ambos ciclos apuntaban a lograr que los hombres permitieran a sus mujeres ejercer una mayor planificación familiar. Fueron dos de las tiras más populares de la cadena Voice of Kenya. Cuando finalizaron, el uso de métodos anticonceptivos había aumentado un 58% en ese país, y la familia deseada

analiza actitudes de la sociedad y temáticas de interés. La tira, que se produce en inglés y en zulú, demostró ser una verdadera herramienta de salud pública.

A partir de esa experiencia, en 2002 la oficina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Suriname decidió importar la telenovela en su versión infantil, *Soul Buddyz*. Según contó Carol Vlassoff, ex representante de la OPS en Suriname, "tiene un público de niños entre los 8 y los 12 años, y la evaluación que se realizó tras la emisión demostró que habían



foto cortesía Fonovideo

En *Gata Salvaje*, el personaje de Adriana pierde a su bebé. La producción de Fonovideo incorporó diversas situaciones médicas que mostraron el funcionamiento de un entorno hospitalario.

había pasado de tener seis hijos por mujer, a cuatro. Una investigación de la Escuela de Periodismo de la Universidad de Nairobi en centros rurales de salud demostró que más mujeres se habían acercado a consultar sobre control de la natalidad a partir de los programas. En Costa de Marfil, la telenovela *Sida dans la cité* ("Sida en la ciudad") fue seguida en 1988 por el 75% de la población, un dato insoslayable en un país donde 640.000 personas viven con VIH.

Y hay más. Soul City Institute for Health and Development Communication es un proyecto de cambio social que nació en Sudáfrica en 1992. Su equipo realiza distintos programas de promoción de mensajes de salud en medios de comunicación masiva, entre ellos el serial *Soul City* ("Ciudad Alma"), una exitosa telenovela cuyos guiones abordan temas como prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida. Cuenta con un equipo de preproducción que

aprendido mucho de la serie, especialmente en temas como reducción de la discriminación a niños con discapacidades".

Este año, también la telenovela *Soul City* se está emitiendo en Suriname, como parte de un proyecto de "edumentreningo" que incluye a los dos países. La OPS promovió reuniones en Paramaribo y en Johannesburgo para aprender de la experiencia sudafricana y, a su vez, ofrecer a los productores africanos el conocimiento de la Organización en cuestiones de género, para incorporar esta temática en las tiras.

Como parte de esta iniciativa se están realizando en Paramaribo encuestas a jóvenes acerca de los contenidos de la telenovela con el fin de, en pocos meses, poner en marcha una producción local piloto que se llamará *Sabana Pasi* ("Camino a Sabana"), y que incorporará tópicos específicos para prevención y promoción de salud en Suriname.

especialista argentina Nora Mazziotti, no dejar de lado el sentido de ficción. “Cuando se pierde la ficción y el mensaje no está entramado con la historia, a la gente no le gusta –advierte–. El mensaje tiene que ser atractivo y fácil de entender”.

Mazziotti cree que se puede incrementar el mercadeo social: “las tramas que involucran situaciones de salud siempre atraen. Más allá del modo como se resuelvan, no hay telenovela que no tenga en su relato una situación hospitalaria, una enfermedad, un tratamiento médico. Definitivamente, la

sugerir temas importantes de salud para que sean considerados en las historias que estén en desarrollo. Para esto se están realizando encuentros y talleres en universidades de los Estados Unidos y se está contactando a personas de la industria de la telenovela. Además, los CDC otorgan el premio Sentinel for Health Award a las *soap operas* (las telenovelas de producción estadounidense), una distinción que reconoce a aquellos creadores que hayan mostrado mayor compromiso con tópicos de salud.

La iniciativa para incorporar mensajes

importante para la comunidad hispana que vive en los Estados Unidos (que representa el 82% de la audiencia de telenovelas), para que esté mejor informada sobre sus derechos y para que se convierta en un grupo de población más sano.

Casi treinta y cinco años pasaron desde que María (*Simplemente María*, 1969) llegó sola, con su pequeña valija llena de ilusiones, a la gran ciudad. Tuvo hijos no deseados, amores que la traicionaron, un padre rico; fue adoptada, pobre, rica heredera, amante, esposa, madre; y siempre



foto cortesía TV Globo

“La telenovela es un producto masivo de comunicación, que está dentro de las casas de aquellos que más necesitan informarse. Por eso, trabajamos sobre la capacidad de reflexión moral sobre lo bueno y lo malo que tiene el formato. Y demostramos que puede hacerse sin bajar el rating”.

—Miguel Sabido

En la novela de TV Globo *Mujeres apasionadas*, se abordó con enorme aceptación de la audiencia el tema del alcoholismo y de la equidad de género en la sociedad brasileña.

telenovela educa sin proponérselo y hay que aprovechar ese potencial”.

Para Vicki Beck, directora del programa “Hollywood, salud y sociedad” de la Universidad del Sur de California, la utilidad de este género como vehículo de mensajes de salud pública se ha comprobado en experiencias a nivel mundial. Dice que, “si bien en África han predominado los radio-teatros por su mayor poder de penetración, en 1987, en Kenya, se transmitió una novela que promovía la planificación familiar y que se convirtió en el programa más visto de la historia televisiva de ese país”.

El programa que Beck lleva a cabo junto con los CDC busca proporcionar información correcta sobre los temas de salud a los autores y productores de televisión, y

saludables también estuvo en la agenda de la Primera Cumbre Mundial de la Industria de la Telenovela, que se desarrolló hace pocos meses en Miami, organizada por la revista especializada *TV Más*, en la que participaron sesenta guionistas, investigadores y artistas de todo el continente. Según Amanda Ospina, directora de la revista y organizadora del encuentro, “para que estos mensajes cumplan su objetivo y tengan éxito tiene que hacerse un trabajo conjunto entre todos los sectores involucrados en la creación de una tira”.

Esta cumbre dejó en claro el interés de los empresarios de la televisión por incorporar beneficios sociales en las telenovelas. Miguel Sabido, una de las personalidades que estuvo en Miami, dijo que esto es muy

víctima de una malvada que la odiaba por ser buena y bella. Hace 35 años, María se atrevió a estudiar para superarse.

Hoy, las heroínas luchan desde la pantalla por la equidad de género, por el derecho a planificar su vida familiar y por superar una adicción o un cáncer terminal. Las telenovelas no se han traicionado a sí mismas, son las de siempre. Pero sus mensajes de vida han cobrado una fuerza y una importancia pública tal que, como ya lo han demostrado, pueden llegar a ser una herramienta clave para fortalecer la capacidad de las personas en su lucha cotidiana por tener una vida mejor.

Paula Andaló es periodista del Área de Información Pública de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C.



Un gesto de amor

Semana de Vacunación en las Américas

Texto: Manuel Calvit • Fotografías: Armando Waak

Con el aroma del café, el anuncio de agua hirviendo para hacer mate o té, el reloj inevitablemente marca las seis de la mañana. Es primero de junio de 2003. Hoy, a millones de niños de 19 países de las Américas y el Caribe los une un lazo muy profundo, un lazo que nace del esfuerzo diario de doctores, de líderes comunitarios, políticos, voluntarios, madres y padres.

Hoy y durante toda esta semana, estos países se unen para vacunar a sus niños.

No importa dónde se encuentren, no importa cuán remota sea la aldea, cuántas montañas haya que subir o ríos que navegar.

Este esfuerzo histórico es un gesto de amor hacia ellos, por su presente y su futuro.



El sarampión es una de las enfermedades más infecciosas conocidas por el hombre y sigue siendo la principal causa de muerte prevenible por vacunación a nivel mundial. Se estima que 770.000 niños menores de 5 años mueren cada año a causa de esta enfermedad.

Antes de la introducción de la vacuna en 1963, casi todos los niños contraían sarampión. En 1994, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Washington D.C., ocurrieron dos hechos trascendentales. En primer lugar, se declaró a la región de las Américas libre de la transmisión del virus de la polio; un niño peruano, Luis Fermín Tenorio, oriundo de Pichanaqui, fue el último caso de esa enfermedad hasta el día de hoy. Y en segundo lugar, todos los países de las Américas se propusieron la meta de interrumpir la transmisión autóctona del sarampión.

Desde entonces se han concentrado esfuerzos y recursos para lograrla. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha recomendado una estrategia,

complementada por acciones de vigilancia, investigación y supervisión. Por la magnitud de la empresa era de esperar contratiempos. A fines de los años sesenta hubo brotes en Brasil, Argentina y Bolivia; entre 2000 y 2001, en República Dominicana y Haití. Esto no detuvo los esfuerzos por seguir vacunando a nuestros niños. Desde noviembre de 2002 hasta julio de 2003 no ha habido transmisión indígena de sarampión en las Américas. Sin embargo, esto es sólo el inicio. Una enfermedad de esta índole no descansa. Y nuestros gobiernos y expertos lo saben.

Durante una reunión de los países andinos, se propuso lanzar una semana de vacunación masiva. Lo que nació como una campaña sudamericana creció y hermanó a otros países que se fueron sumando a esta causa, que se convirtió en la primera Semana de Vacunación en las Américas. Diecinueve países asumieron el compromiso y sin más preámbulos se iniciaron los preparativos y se trazaron las metas.

Este esfuerzo pretendía alcanzar a niños que nunca antes habían sido vacunados; niños que, por vivir en lugares inaccesibles, alejados de centros de salud o en zonas

urbano-marginales, no habían recibido el regalo de la vacuna.

Esta campaña, además, buscaba dejar en claro varios puntos: que trabajando unidos se pueden lograr grandes cosas; que la salud sigue siendo un puente de solidaridad, entendimiento y esperanza entre países; y que la vacunación es un derecho de las personas y no sólo una herramienta para reducir la enfermedad. Con ese criterio fue que se movilizaron recursos, y que agencias hermanas como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), UNICEF y la OPS aunaron sus esfuerzos y también consiguieron dinero para esta iniciativa.

Los preparativos se pusieron en marcha en Bolivia, Argentina, Paraguay, Ecuador, Chile, Perú, Colombia, Brasil, Uruguay, Venezuela, Suriname, México, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Honduras, Costa Rica, Bahamas y Jamaica. Cada día hasta el 30 de mayo de 2003 hubo un despliegue continuo de reuniones a todo nivel — ministerial, local, comunitario—, llamadas telefónicas, evaluación del personal y equipo disponible, vehículos, instrumental, y todo lo que involucra la preparación para una campaña de vacunación masiva.



Madres y padres con sus niños ya hacían fila, todos muy bien vestidos y con colores vistosos. Un entusiasmo colectivo invadía el ambiente, acompañado por el llanto de algún niño que ya intuía que sería vacunado.



El día despunta con una calma aparente

Guayaquil, 1 de junio

Junio de 2003

Después de un desayuno rápido —pan fresco con mantequilla, jalea de guayaba, una taza de café negro y unos trozos de papaya dulce y cremosa— salimos de nuestro hotel, ubicado en el Malecón Simón Bolívar frente al Río Guayas, hacia la primera locación, un pequeño centro de salud en las afueras de la ciudad.

Salimos despacio. Las luces comienzan a apagarse y ya aparecen en las esquinas los primeros vendedores ambulantes. Algunos de ellos, niños.

El sol no se hace esperar. A las 7 de la mañana es implacable, al igual que el tránsito. Don Rafael, nuestro chofer, se escurrir con destreza entre lo que abruptamente se convirtió en un mar de carros, buses y gente cruzando las calles por cualquier lugar. Lo nuevo y lo viejo se mezclan en esta ciudad. Dejamos atrás la Catedral y el Parque de las Iguanas. El paisaje cambia cuadra a cuadra. Empiezan a verse talleres de reparación de llantas, quioscos, puestos improvisados de venta de frutas y verduras.

En un giro a la derecha dejamos la carretera asfaltada para entrar a un camino de tierra, angosto y lleno de pozos. Viviendas precarias, cables de electricidad por todas partes, personas asomadas a las ventanas a pesar del potente sol.



7:15 de la mañana

Llegamos al Centro de Salud Fertisa. El afiche promoviendo la Semana de Vacunación en las Américas adorna vistosamente la entrada. Madres y padres con sus niños ya hacían fila, todos muy bien vestidos y con colores vistosos. Un entusiasmo colectivo invadía el ambiente, acompañado por el llanto de algún niño que ya intuía que sería vacunado. Los encargados del centro querían mostrarnos y explicarnos todo. Sin embargo, queríamos acompañar a los vacunadores a los vecindarios, verlos vacunar casa por casa, hablar con los moradores, revisar las tarjetas de vacunación. Nos dijeron que ya habían salido y nos indicaron dónde podíamos encontrarlos. Nos despedimos pronto, con la promesa de volver.



8:15 de la mañana

En un primer momento no sabíamos si la voz que se escuchaba a lo lejos a través de un megáfono anunciaba la venta de naranjas, de camarones o de piñas. Vimos la camioneta roja doblar la esquina y venir en nuestra dirección. Llevaba el megáfono en el techo. La voz se hizo cada vez más clara: “Semana de vacunación en las Américas. Las enfermedades pueden afectar a sus niños. Vacunémoslos. La vacuna es totalmente gratis. Los vacunadores pasarán por sus casa o usted puede llevar a sus niños al centro de salud”. Este mensaje una y otra vez. Le hicimos señas a la camioneta y se detuvo junto a nosotros. En cada puerta del vehículo llevaba el afiche de la campaña. La enfermera, una mujer joven y sonriente, no esperó por nuestra pregunta: “Marita, Lourdes y Joaquín están vacunando en la otra calle. Sigán recto por aquí y en la casa verde, ésa de la esquina, doblen a la izquierda”.

En efecto, allí estaban. Inconfundibles figuras con sus batas blancas, cada una cargando una heladerita en una mano y una libreta de anotaciones en la otra. Detuvimos el carro y caminamos hacia ellos. Los alcanzamos justo cuando llamaban a la puerta de una casita de madera. Una joven de unos 21 años abrió con timidez. Sin esperar, las enfermeras fueron al grano: “Buenas, estamos realizando una campaña de vacunación. ¿Tiene niños en la casa? ¿Es usted la mamá? ¿Podemos pasar?”

En un segundo nos encontramos todos en la salita de la casa. Todo muy ordenado y limpio. Mientras Lourdes revisaba la tarjeta de vacunación del niño, Marita vacunaba a la mamá; mientras tanto le explicaba que también estaban vacunando a las madres y mujeres en edad fértil contra el tétanos. Desde afuera nos llegaba la algarabía que ya se había formado en la calle. “¿Dónde está ese chiquillo? ¿Alguien ha visto a Chinto por aquí?”

Chinto aparece solo, sudado y sorprendido al ver tanta gente en su casa. Tiene 4 años. Un niño de ojos pícaros, piel canela y cabello negro azabache. Le toma poco tiempo entender de qué se trata el asunto. Mira hacia la puerta planificando el escape pero ya es tarde. La mamá lo tiene tierno pero firmemente sujeto en un abrazo.

Ahora Lourdes le explica a la joven qué es la vacuna pentavalente. Chinto clava la mirada en el rostro de su madre que está acariciándolo, no se resiste y recibe su vacuna con dignidad. Joaquín, un voluntario de la comunidad, lo premia colocándole una calcomanía en la camiseta, a modo de medalla: eso significa que ha sido vacunado. Al salir, tras los saludos y con el permiso de los dueños de casa, se hace una marca junto a la puerta para indicar que los niños de este hogar han sido vacunados.

Los trabajadores de salud continúan su labor bajo el sol ardiente. Los acompañamos durante algunas horas, hasta que don Rafael nos recuerda que prometimos volver al centro de salud.

Huaquillas, 2 de junio

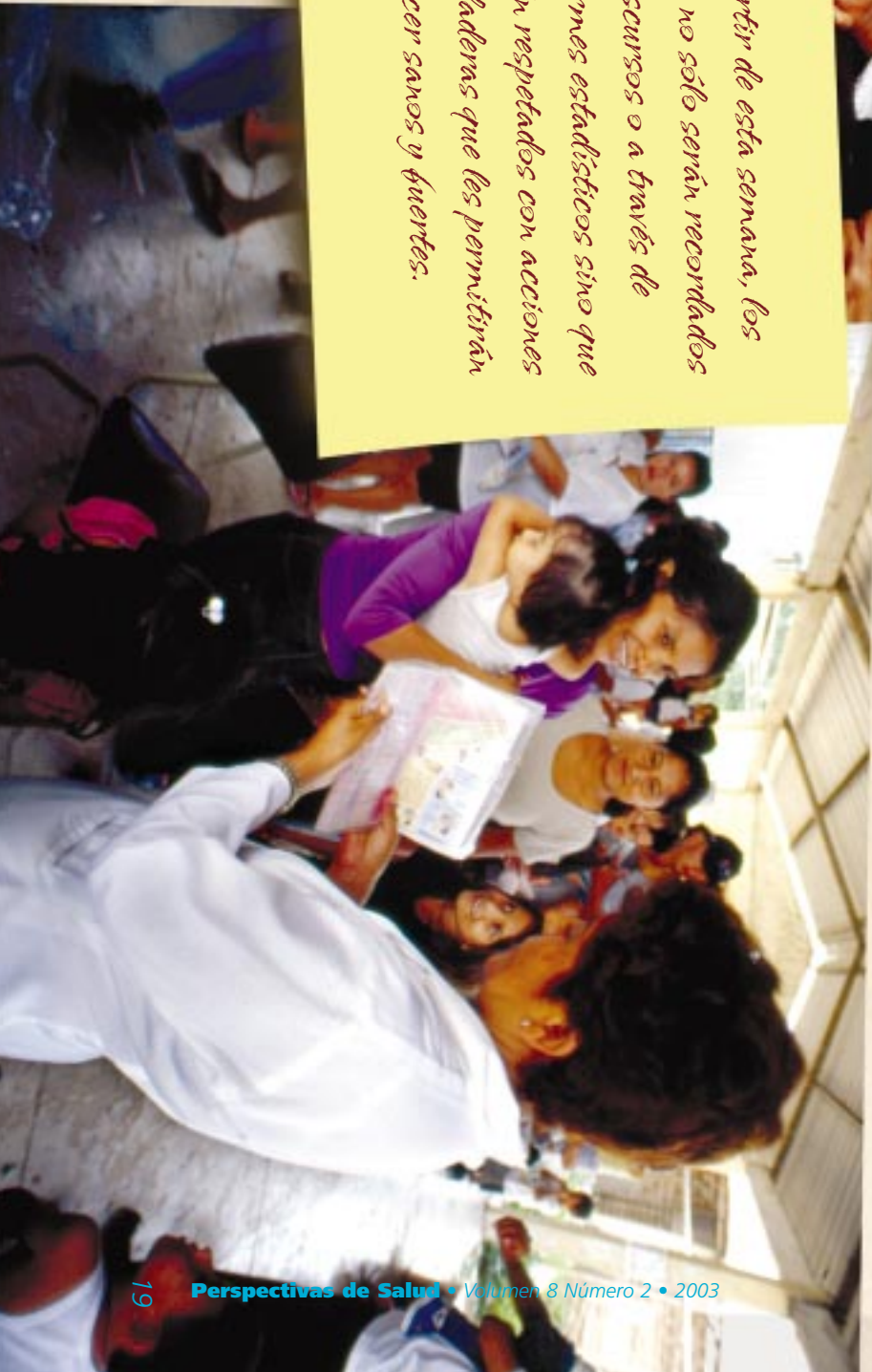
En Huaquillas un puente une al Ecuador y Perú. Como en muchos otros puntos fronterizos, el comercio está por todos lados. Aquí, las dos nacionalidades se mezclan en un bullicio amistoso, en un intercambio de compra y venta, de historias, anécdotas. Un ir y venir de gente cargando cajas o mercancías, gente vendiendo telas, legumbres, frutas, CD, grabadoras, camisas, chanquetas. Una mezcla de culturas.

A cada lado del puente se vacuna a los niños. Sin darme cuenta me dejo llevar por el movimiento de la gente, la algarabía. Fue en esta fascinación que sentí la mirada de la Sra. Aminta, una vendedora de legumbres, joven y lozana. Su hija, de unos tres añitos, le agarraba las faldas. Tímidamente y llamándome de doctor, lo cual no soy, me pide que le cuide su modesto puesto de legumbres mientras lleva a su hija a vacunar. “Cómo no –le digo–. Con mucho gusto. ¿Qué tengo que hacer?” Pero mi pregunta se perdió con la multitud. Allí me siento sobre unos viejos sacos de café a contemplar uno de los momentos más importantes y simbólicos de esta campaña: dos países hermanos, uniendo esfuerzos, se han convertido en uno, en una fuerza, en una sola voluntad política, en una sola comunidad.





At partir de esta semana, los niños no sólo serán recordados en discursos o a través de informes estadísticos sino que serán respetados con acciones verdaderas que les permitirán crecer sanos y fuertes.





Quito, 3 de junio

Durante un día completo recorrimos las zonas urbano-marginales de Quito: La Magdalena, Cotocollao, San Golquí y San Rafael. En cada centro de salud que visitamos el movimiento y la organización eran impresionantes. Madres, padres, niños y niñas por todos lados pero cada persona haciendo su trabajo: vacunando, revisando tarjetas, haciendo anotaciones. No había descanso. Otros trabajadores de salud agilizaban el proceso preguntando a los visitantes el motivo de su presencia. “Si no es para vacunación venga por acá por favor”. A la salida, ya puestas las vacunas, venía la encuesta a los padres. “¿Qué tal fue la atención? ¿Cuánto esperó? ¿Cómo se enteró de la campaña de vacunación? ¿Cómo podemos mejorar el servicio?” Algunos contestaban de prisa ya que tenían que ir al trabajo. Oficinas, construcciones y tiendas esperaban a estos padres, madres y familiares que sacaban tiempo de sus apretados horarios para cumplir con sus hijos e hijas. Un padre se despidió con un beso de su esposa y niña y aprovechó el colectivo que pasaba frente al centro y que descendería por las estrechas calles hasta bajar al centro de Quito. No se volverán a ver hasta la noche.

Visitamos centros de salud de todos los tamaños. Llevados por una ola de entusiasmo nos mostraban las neveras donde se guardan las vacunas, las salas de vacunación, los carros con sus megáfonos, los mapas. Creo que nos mostraban más que eso. Nos mostraban su convicción y su amor por lo que hacen, su alegría de llevarle un poquito de esperanza a cada familia, a su gente.



Cusubamba, 4 de junio

La ceremonia oficial del lanzamiento de la campaña empieza al mediodía. Salimos con buen tiempo bajo un cielo azul sin nubes y una suave brisa. Un desvío en la carretera nos retrasó. En el último tramo hacia Cusubamba empezamos a serpentear el camino siempre en subida. Nos llamó la atención la deforestación que dejaba entrever un paisaje montañoso y árido. En silencio continuamos el camino.

Al llegar ya una banda tocaba animadamente. Había gente por todos lados, muchos llevando sus atuendos indígenas para la ocasión. La placita del pueblo, con su iglesia y sus tienditas se vestía de fiesta. Vendedores de helados en conos y dulces de la región, eran perseguidos por bandadas de niños. Mientras en un acto de respeto hombres y mujeres de rostros curtidos por el sol y por la dureza de esta tierra asistían a la ceremonia con mucha solemnidad. Quisiera creer que la mirada profunda que hay en esta gente es de esperanza por haber sido recordados durante esta semana. Entre una y otra pieza, desde una tarima se daban discursos de agradecimiento por el esfuerzo de todos los involucrados en la campaña de vacunación. Era una fiesta, la fiesta de la salud. A pocos metros y al ritmo de trombones, platillos y discursos, los niños eran vacunados. ¡Un espectáculo de colores, de voluntad y dedicación!

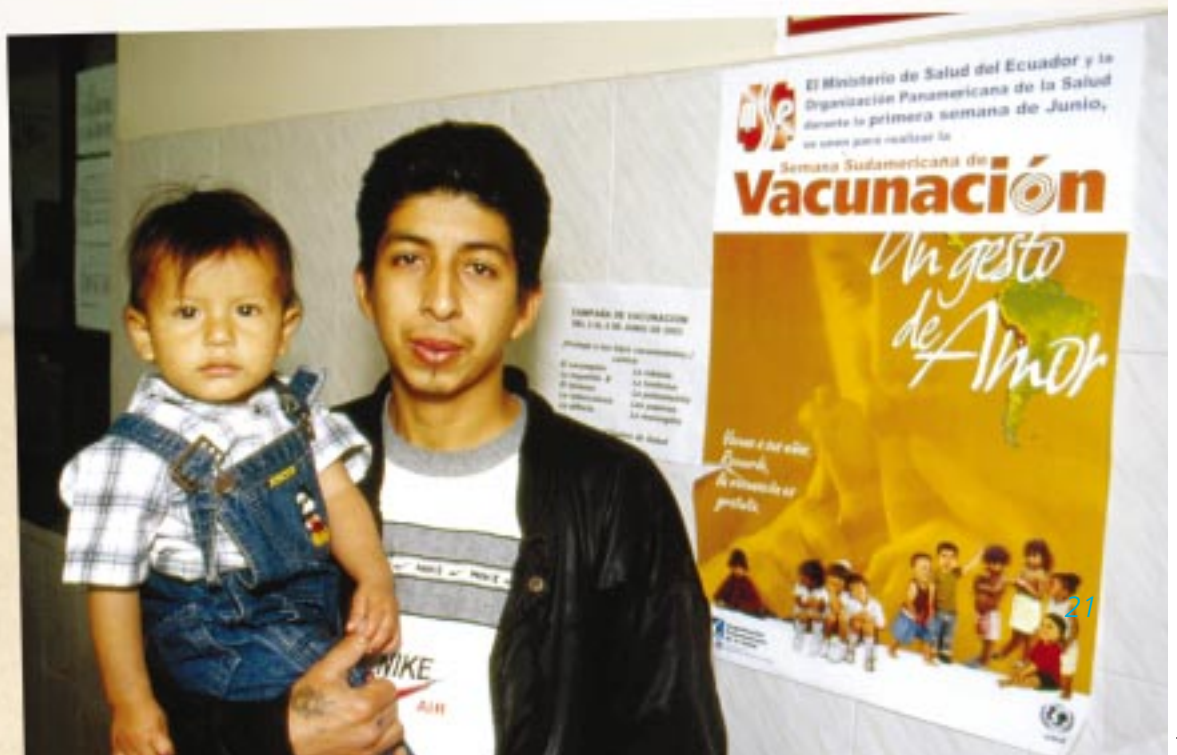
Río Daule, 6 de junio

La tarde empezaba poco a poco a morir. Por un tiempo bordeamos en carro el Río Daule. Sus verdes aguas y la densa vegetación se hacían uno. Luego, atravesamos a pie por un pequeño camino de tierra hasta llegar a un claro. Desde allí se escuchaba la risa de los niños correteando, el canto de las cigarras, una radio. Y aunque el alegre bullicio no cesaba, de pronto me sentí rodeado por el silencio. Alguien a quien nunca pude ver el rostro me dijo: “¿Ves allá, sobre el río, a lo lejos? Esos son vacunadores que navegarán el río durante una semana. Visitarán cada aldea ribereña para llevarle las vacunas a los niños que no pueden venir hasta acá”. Las tres embarcaciones se deslizaban suavemente sobre las aguas oscuras. Cada una tomando una dirección diferente, cauce arriba, abajo, por los afluentes, todas con una misma meta.

Durante una semana completa, todos los días de sol a sol, un ejército de 200.000 trabajadores de salud dieron lo mejor de ellos para que los 15 millones de niños recibieran sus vacunas.

Para estos niños, éste será un evento que marcará para siempre una crucial diferencia en sus vidas. La diferencia entre ser víctimas de enfermedades prevenibles y tener la oportunidad de crecer sanos y fuertes. La diferencia entre ser recordados en discursos, informes y estadísticas, y ser respetados con acciones verdaderas. La diferencia entre ser simples sobrevivientes, y poder despertarse con la luz de la mañana para hacer todo lo que hace un niño: ir a la escuela, jugar y ser feliz.

Manuel Calvit es productor del programa de radio "Salud Siempre" y colabora como camarógrafo, editor y guionista en el Área de Información Pública de la Organización Panamericana de la Salud. Armando Wáak es fotógrafo de la OPS.



Una joya cubana de la medicina tropical

por Annmarie Christensen



fotos cortesía IPK

El Instituto Pedro Kourí, fundado hace 66 años, ha contribuido a que Cuba sea un participante de categoría mundial en la lucha contra las enfermedades tropicales.

Un desvío en el kilómetro seis de la autopista La Novia del Mediodía, en La Habana, lleva a la entrada del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), una de las joyas institucionales de Cuba. En el moderno complejo de 10 edificios, eminentes científicos de la isla investigan más de 12 especialidades, desde biotecnología hasta tratamientos para el VIH/sida.

En su oficina, el director del instituto, Gustavo P. Kourí, recibe a la cronista con una sonrisa cálida que ilumina sus rasgos bien definidos. En la pared que está detrás del escritorio hay variados reconocimientos nacionales e internacionales recibidos por Kourí y su instituto a lo largo de los años; entre ellos se encuentra su tesoro más reciente, la medalla que le otorgó el Vaticano.

Kourí lleva su bata blanca como si fuera un escudo de armas de familia. Al proseguir la labor de su padre, el fallecido Pedro Kourí, ha transformado a este instituto fundado hace 66 años no sólo en el principal centro de investigación y tratamiento en medicina tropical y enfermedades infecciosas de Cuba, sino también en un centro de primera clase a nivel mundial.

Durante el proceso, Kourí se ha destacado en diversas e importantes actividades. Dirige el Centro Colaborador de Investigación y Adiestramiento en Malacología Médica y Control Biológico de Vectores y Huéspedes Intermediarios de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, uno de los tres centros colaboradores de la OPS/OMS que funciona en el IPK. Es miembro de la Junta Coordinadora Común del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales y miembro del Consejo de la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas. También formó parte del Comité Asesor del Centenario de la OPS, en 2002, cuando la organización celebró sus 100 años. En Cuba en 1996, recibió el máximo honor que concede su país, Héroe del Trabajo de la República.

¿Cuál es su motivación? “Mi país, mi instituto, mi familia, mi pueblo”, dice.

Un asunto familiar

La batalla de los Kourí contra las enfermedades tropicales comenzó en 1937 cuando Pedro Kourí creó el Instituto de Medicina Tropical en la Universidad de La Habana. Durante 20 años, la labor del instituto se concentró en las enfermedades parasitarias que más preocupan a Cuba, entre ellas: malaria, filariasis de Bancroft, fascioliasis hepática, amibiasis y otros parásitos intestinales. Estudiantes de los Estados Unidos, América Latina y otras regiones acudían al instituto para recibir capacitación en medicina tropical y en investigación. Pedro Kourí representó a Cuba en congresos nacionales e internacionales, entre ellos, el Tercer Congreso Mundial de Microbiología, realizado en Nueva York en 1939, donde anunció su descubrimiento de un nuevo parásito, *Inermicapsifer cubensis*. Elaboró nuevos métodos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades parasitarias, y los publicó en los cuatro volúmenes de *Lecciones de Parasitología y Medicina Tropical*.

Gustavo asegura que fue testigo y admirador de todos esos logros. “Estuve siempre muy cerca de mi padre –dice–. De niño trabajaba con él. Como adolescente, continué y trabajé con él en el instituto”.

Luego de que Fidel Castro tomara el poder, el padre tomó con calma los cambios avasallantes, según narra su hijo. “No había contradicción con la Revolución –recuerda Gustavo–. Mi padre y la mayoría de sus colegas reaccionaron muy favorablemente. Venía de una familia muy humilde y siempre se concentraba en las enfermedades de los pobres, por eso tenía ideas muy avanzadas en relación con el socialismo”.

Fue lo más natural que Gustavo Kourí siguiera los pasos de su padre. Ingresó a la Facultad de Medicina y se recibió de médico en 1962. Había estudiado cirugía y patología y como médico residente se especializó en parasitología. Trabajó un año en la localidad de Minas del Frío, en la Sierra Maestra, para cumplir con el servicio rural.

Fue en las mismas montañas que, dos años después de la revolución, conoció a Fidel Castro. Kourí estaba asignado a una escuela para maestros de primaria y secundaria. Durante el conflicto, el sitio había servido de base militar bajo el mando del legendario “Che” Guevara y tenía un hospital de 20 camas, utilizado por los revolucionarios. Castro, ahora presidente además de comandante, llegó una noche y se quedó cuatro horas hablando con Kourí y

los otros médicos residentes. Hablaron de los méritos del programa de hospitales rurales y, al irse, Castro dejó a los jóvenes médicos con la sensación de que tenía plena confianza en el trabajo que estaban haciendo.

Después de su servicio en la montaña, Kourí decidió estudiar microbiología; pero, en 1965, Castro anunció la creación del Centro Nacional de Investigación Científica. “Fue el primer gran instituto científico de Cuba”, dice. Ansioso por aplicar sus aptitudes de investigador, se unió a un equipo de 12 colegas que pusieron a funcionar el centro.

“Nos llamábamos los 12 médicos locos”, recuerda. Pasaron dos años estudiando ciencias básicas, entre ellas física y matemáticas, a fin de prepararse para la investigación. En 1968, Kourí fue nombrado subdirector del centro. Después de 12 años y tres cargos más, fue designado director nacional de investigación y estudios de posgrado del Ministerio de Educación Superior de Cuba.

Entretanto, el pequeño pero impresionante instituto que había fundado Pedro Kourí comenzó a decaer después de su muerte en 1964. Durante más de 10 años, funcionó con sólo 14 personas que trabajaban en un espacio de 1.000 metros cuadrados. Gustavo recuerda que el instituto “carecía de liderazgo”; además, el sistema de salud pública de Cuba se estaba deteriorando y los “recursos se estaban canalizando hacia problemas más urgentes”.

En 1979, el gobierno cubano decidió darle apoyo a las actividades del instituto; para ello lo adscribió al Ministerio de Salud y contrató al joven Kourí como director.

“Empezamos esta segunda etapa con el apoyo pleno de nuestro gobierno y decidimos llevar al instituto al más alto nivel científico en el menor tiempo posible”, dice Kourí y luego añade: “Esta tarea me la asignó personalmente nuestro presidente”.

El nuevo Instituto Kourí estableció relaciones científicas con organizaciones internacionales de todo el mundo y con otros países, entre ellos, los Estados Unidos. El apoyo del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial y la OMS, fue

Siguiendo los pasos de su padre, Gustavo Kourí ha forjado lazos científicos internacionales y ha transformado el Instituto Pedro Kourí en un espacio de referencia a nivel mundial.

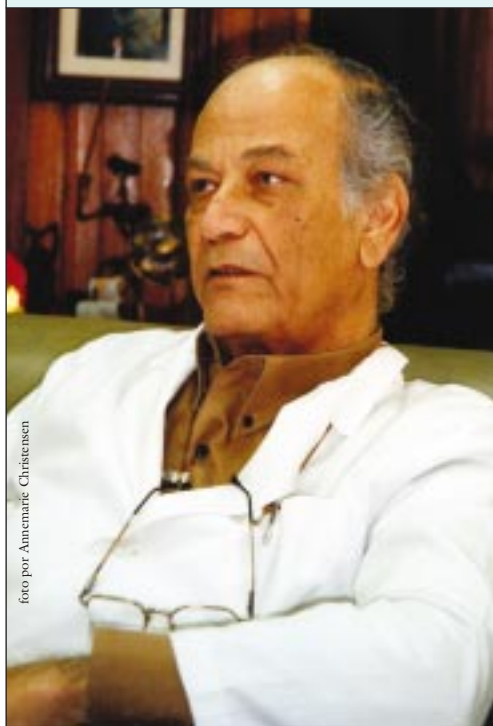


foto por Annermarie Christensen



El Instituto Pedro Kourí está a cargo de la evaluación y de las pruebas clínicas de todas las vacunas producidas en Cuba. "Es un trabajo pertinente para nuestra industria biotecnológica, porque así determinamos la eficacia de nuestros productos", dice su director, Gustavo Kourí.

particularmente crucial para la reorganización del instituto. El TDR aportó capacitación, subvenciones para investigaciones y proyectos y ayudó al instituto a efectuar intercambios con otros centros científicos de todo el mundo.

Actualmente, el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí ocupa 52.000 metros cuadrados y cuenta con 700 empleados; se ha convertido en el principal centro de investigación y de capacitación en enfermedades infecciosas de Cuba, además de tener un rol fundamental en las iniciativas internacionales para controlar las enfermedades tropicales. Muchos de los laboratorios nacionales de Cuba funcionan en el instituto, y es el único establecimiento de la isla



que ofrece atención terciaria a pacientes con VIH/sida. Sigue recibiendo apoyo del TDR, así como de Francia, España, Bélgica, la Unión Europea, el Wellcome Trust, y el Centro Canadiense de Investigaciones para el Desarrollo Internacional (IDRC), entre otros.

Aunque inicialmente el instituto limitaba su trabajo a la parasitología y la medicina tropical, ahora se ocupa de las enfermedades infecciosas en general, y tiene proyectos en más de 12 temas de investigación. Estos varían desde enfermedades de transmisión sexual e infecciones en pacientes con inmunodepresión hasta estrategias para el control del mosquito *Aedes aegypti*.

El IPK está a cargo de la evaluación y de las pruebas clínicas de todas las vacunas producidas en Cuba, "lo que es un trabajo pertinente para nuestra industria de la biotecnología, porque así determinamos la eficacia de nuestros productos", dice Kourí. Entre las vacunas que el instituto está desarrollando o preparando para someterlas a prueba se encuentra una vacuna recombinante contra el dengue y otra para el VIH. También está a cargo del control y evaluación del tratamiento antirretroviral para el

VIH/sida, que el gobierno suministra sin costo alguno a los que padecen la infección. (Como parte del sistema de salud pública de Cuba, el IPK presta sus servicios en forma gratuita a los cubanos.)

Por otra parte, el IPK tiene un programa de residencia en medicina y ofrece maestrías y doctorados en virología, bacteriología, parasitología, control de vectores, epidemiología y enfermedades infecciosas.

Kourí se muestra igualmente orgulloso de los logros que ha alcanzado su país en el ámbito de la salud, muchos de los cuales hubieran sido imposibles sin las contribuciones del instituto. Las cifras salen de su boca como los nombres de sus hijos: "Cuba fue el primer país de América en eliminar la poliomielitis. Se han producido vacunas contra 13 enfermedades infecciosas y, por ende, la incidencia de éstas es muy baja. La incidencia de fiebre tifoidea es de 0,1%; de la tuberculosis es de 7,8%; del tétanos es cero, y de la meningitis bacteriana es 0,3%. La malaria está totalmente erradicada y han cesado los brotes de dengue. Además, el sida está bajo control".

Una vez que controló sus propias enfermedades infecciosas más amenazantes, gracias en gran medida a la labor del IPK, Cuba empezó a prestar ayuda a otros países en desarrollo. Al igual que sucede con otras iniciativas de salud del país, el IPK participa activamente. Fiel a la tradición de su padre, Kourí está particularmente orgulloso de la función docente del instituto. Desde 1980, ha capacitado a más de 20.000 estudiantes, de los cuales alrededor de 1.800 provienen de alrededor de 72 países.

"El IPK es respetado en todos los países de América Latina y más allá —dice Paul Farmer, profesor de antropología médica en la Escuela de Medicina de Harvard—. Con un presupuesto relativamente pequeño —menor que el presupuesto de uno sólo de los hospitales de investigación de Harvard— el IPK ha realizado importantes investigaciones en ciencias básicas, ha ayudado a desarrollar nuevas vacunas".

Y Farmer agrega que "también ha adiestrado a miles de investigadores de Cuba y de todo el mundo, forjando vínculos fuertes de intercambio con investigadores de los Estados Unidos. Sin duda, Gustavo Kourí ha aportado el liderazgo para que todo esto ocurra".

Vínculos con el exterior

El Instituto Kourí ha creado lazos en el terreno de la investigación y la educación con diversas instituciones académicas de los Estados Unidos, entre ellas, las universidades de Cornell, Harvard, Princeton y Yale. La más importante de estas relaciones ha sido con el Centro David Rockefeller para Estudios Latinoamericanos de Harvard. Desde la creación del centro, en 1994, una de sus prioridades ha sido la de reanudar y ampliar nexos con académicos e instituciones de Cuba. A través de la iniciativa “Programa Cuba”, el centro ha auspiciado la colaboración entre instituciones cubanas homólogas y las escuelas de Medicina y de Salud Pública de Harvard, además de la Escuela de Gobierno John F. Kennedy y hasta la Escuela de Posgrado en Diseño.

Aun antes de la revolución, la Escuela de Medicina de Harvard tenía un fuerte vínculo con el instituto Kourí. Esa relación se interrumpió luego del ascenso al poder de

Castro y la decadencia del instituto. Pero, en 1988, John David, profesor emérito de medicina tropical del Departamento de Inmunología y Enfermedades Infecciosas de la Escuela de Salud Pública de Harvard, le escribió a Gustavo Kourí para sugerirle formas de consolidar las relaciones en materia de investigación entre las dos instituciones. La respuesta de Kourí fue una invitación para visitar el instituto.

“Acepté la invitación para ver si podíamos organizar intercambios entre profesores y estudiantes y, después de un año, científicos de Cuba empezaron a visitar la Escuela de Salud Pública de Harvard”, dice David. Estudiantes y profesores de Harvard también han viajado a Cuba y las dos instituciones han auspiciado conjuntamente conferencias y talleres.

David agrega: “Nuestras relaciones se han mantenido muy apartadas de los disidentes. La autocracia no ha influido en nuestras relaciones”.

El instituto también ha desarrollado relaciones dentro de los círculos gubernamentales de los Estados Unidos. Gary Clark,

jefe de la Unidad para el Dengue, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), conoce a Kourí desde hace más de 10 años y participa en los cursos sobre el dengue que dicta el IPK. Señala que esas actividades de colaboración son importantes para los investigadores tanto de Cuba como de los Estados Unidos, así como de otros países.

“Es una oportunidad para conocer a gente que tiene los mismos intereses –agrega Clark–. Por medio del liderazgo del Dr. Kourí y del curso, que actualmente llegará al octavo, hemos acumulado entre 14 y 16 años de esfuerzo para reunir investigadores. Entre 50 y 75 personas vienen a los laboratorios especiales”.

Farmer, de la Universidad de Harvard, señala que estas colaboraciones representan mucho más que “la investigación pura”. “El IPK se ha concentrado en algunas amenazas de infecciones clave como la tuberculosis, el dengue, la malaria y el VIH. En términos comparativos, éstas no son amenazas graves para Cuba. Pero sí lo son para el mundo pobre”. Agrega que hasta ahora no hay una vacuna eficaz para ninguna de ellas, y son las principales enfermedades infecciosas del mundo de hoy.

Kourí también considera su misión en estos términos más amplios. “Cuando analizamos el riesgo de introducción de enfermedades exóticas en Cuba, nuestro gobierno decidió fortalecer el instituto y aumentar nuestra vigilancia. Pero, al mismo tiempo, nuestro presidente declaró que este centro no era solamente para Cuba, sino también para la humanidad”.

Para Farmer, el IPK representa una oportunidad que hay que aprovechar.

“Las escuelas de Medicina y de Salud Pública de Harvard posiblemente formen el complejo más grande del mundo de investigación médica adscrito a una universidad –explica–. Unir nuestros esfuerzos a los de una de las principales instituciones de investigación del mundo en desarrollo, con miras a crear nuevas herramientas para controlar o tratar numerosas plagas, sería, como dijo William Shakespeare, ‘una unión devotamente deseable’”.

Annmarie Christensen es directora de publicaciones en el Global Health Council en Vermont, EE UU Preparó este artículo con ocasión de un viaje de su organización a Cuba en abril.

Luego de contribuir en forma significativa a la conquista de las enfermedades tropicales que más amenazaban a Cuba, el Instituto Pedro Kourí ha dirigido sus esfuerzos hacia las enfermedades infecciosas que más amenazan a los países pobres.



Hasta la vista,

Cada día en el Caribe aumenta el número de enfermeras que hacen sus maletas y se marchan a países con climas alejados del calor tropical. Ahora, la región está buscando nuevas medidas para que no se vayan y hasta para convencerlas de que regresen del exterior.

Por Tony Deyal

En los años 80, Glenda Caesar trabajaba como enfermera en la isla de Trinidad. Ganaba el equivalente a unos 250 dólares mensuales. Debido al alto costo de vida, prácticamente no le quedaba nada para permitirse algunas comodidades. Por si esto fuera poco, comenta Caesar, las condiciones de trabajo eran “pésimas”, con un número excesivo de pacientes y escasez de medicamentos y equipos.

Por eso, en 1990, junto con otras tres enfermeras de Trinidad, Caesar aceptó una oferta de trabajo en Arabia Saudita, que le pagaba más de cuatro veces lo que ganaba en Trinidad. Dejó su terruño tropical para viajar al clima desértico de Riad, donde disfrutaba de ventajas tan insólitas como un bono para “descanso y recreación”, gozaba de condiciones de trabajo mucho mejores y ganaba lo suficiente para vivir cómodamente y enviar dinero a su familia en Trinidad.

Finalmente, la nostalgia obligó a Caesar a renunciar a todo y volver a casa. Pero sus amigas de Trinidad y otras enfermeras del Caribe todavía están allá. Es más, otras

están siguiendo sus pasos, emigrando al Medio Oriente, Europa, Canadá y los Estados Unidos. De hecho, enfermeras de todo el Caribe están haciendo sus maletas y diciendo, ¡Hasta la vista, paraíso tropical!

Ya desde los años 70, la Sociedad Mundial de Futuros predecía que la demanda mundial de enfermeras (y enfermeros) iba a ser prácticamente infinita. Hoy en día, la escasez de personal de enfermería capacitado se ha convertido en una crisis para los sistemas de salud en casi todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que hay escasez de personal de enfermería en cada una de las seis regiones que representa. Si la tendencia no se revierte “la funcionalidad de muchos sistemas estaría seriamente amenazada”, dice un informe de la OMS de 2000.

Gloria Noel, consultora y ex asesora de enfermería en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), opina que tres tendencias laborales empeoran la situación: “Las enfermeras no están ejerciendo su profesión, las que lo hacen no se quedan y las que se quedan no están contentas. Esta crisis preocupa a los legisladores, planificadores, educadores, empleadores y emplea-

dos. Los expertos están estudiando las repercusiones de la escasez mundial de enfermeras en el estado de la salud y la calidad de la atención a nivel mundial”.

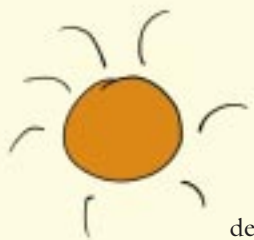
El hecho de que estas tendencias no sean exclusivas del Caribe no es un gran consuelo para la región. De cierta manera, su problema es peor. Debido a que el inglés es la lengua materna de la mayoría de los países del Caribe, sus enfermeras (casi todas mujeres) son muy buscadas por los empleadores norteamericanos y británicos. Esto aumenta la escasez propia de la región.

Noel dice que las agencias de contratación de personal de estos y otros países envían a sus representantes quienes, en algunos casos, intentan captar a las enfermeras directamente en los hospitales. Para ella es “interesante” que un país como los Estados Unidos, “que posee la proporción de enfermeras por habitante más alta, 97,2 por 10.000 personas, siga contratando enfermeras en Jamaica donde la proporción es de 11,3 por 10.000 y en Guyana donde es de 8,6 por 10.000”. Ella cita la proyección de la Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos que calcula que la demanda en los Estados Unidos para 2005

PARAÍSO!



Ilustración: Rogério Coelho



será de 800.000 enfermeras colegiadas.

Esta demanda en constante aumento se debe a algunos factores complementarios. La gente vive más que antes, lo cual aumenta el número de enfermos y pacientes con padecimientos crónicos. Una mayor promoción de la salud y mejores modos de vida reducen las muertes prematuras y las enfermedades, pero agregan a la atención de salud la carga de una población que está envejeciendo. También influyen los muchos descubrimientos científicos y avances tecnológicos en el área de salud.

Y hasta aquí las buenas noticias.

En cuanto a las malas, Noel señala el aumento de la resistencia a los antibióticos y “las presiones para reducir costos generadas por los sistemas de atención administrada”. También está el VIH/sida. A medida que los medicamentos antirretrovirales permiten que más personas vivan con VIH/sida, también aumenta la necesidad de contar con personal de salud capacitado. El Caribe ocupa el segundo lugar, después del África subsahariana, en tasa de infección por VIH; según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2,2% de los caribeños vive con el virus.

Algunos estudios han identificado otras causas subyacentes a la crisis de la enfermería. En el Caribe, éstas incluyen entornos de trabajo inadecuados y establecimientos en mal estado que carecen de equipos básicos. El problema también se agrava debido a las compensaciones y los beneficios inadecuados. La mayoría de los países del Caribe ha sufrido graves crisis económicas y ha adoptado programas de ajuste estructural que ocasionaron reducciones importantes de los presupuestos de atención de salud.

Las enfermeras también se quejan de falta de reconocimiento y de poder profesional, lo cual genera relaciones de trabajo difíciles. “No hay respeto para las enfermeras que se quedan y hacen sacrificios”, dice Caesar. Bajo tales condiciones, aun los compromisos familiares, el patriotismo y las oportunidades para contribuir al desarrollo nacional no son motivaciones suficientes para que las enfermeras capacitadas se mantengan en el servicio nacional de salud.

Caesar fue enfermera durante 26 años y ahora se desempeña como subsecretaria de la Asociación de Servicios Públicos de Trinidad y Tabago, que es la representante de relaciones industriales de la mayoría de las enfermeras de ese país. Caesar dice que comprende muy bien por qué tantas enfermeras quieren irse.

“No es sólo por el dinero, se trata de progresar de manera individual y familiar. La mayoría de nosotros tiene hijos en la universidad. Tenemos que pagar hipotecas, el automóvil, la comida, el teléfono, todo con un sueldo que difícilmente alcanza para alimentarnos y además pagar al banco. Nuestros colegas en el extranjero tienen dinero suficiente para pagar sus hipotecas y aun les queda algo para los días difíciles. Es por esto que tantos colegas se dicen, ‘tal vez yo también debería partir’.

“En el hospital donde me entrené y trabajé había una gran superpoblación. La proporción de enfermeras por paciente era de 5 a 109 en los pabellones médicos, lo cual ya era bajo para los estándares internacionales. Hoy en día, con suerte, se pueden encontrar tres enfermeras por cada pabellón.”

Si se comparan estas condiciones con los países que contratan, “se cuenta con todo el apoyo, equipos, personal, todo está allí”, nos dice. “Las sábanas y los vendajes se cambian regularmente. Esto es la gran diferencia”. Cuando le pregunto sobre el idioma y las diferencias culturales, responde: “los pacientes son pacientes en cualquier parte, no importa cual sea su idioma, sus necesidades siempre son las mismas”.

Fuga de cerebros

El impacto de esta crisis se está sintiendo en toda la región del Caribe. Muchas de las enfermeras más experimentadas, capacitadas y especializadas se han ido en busca de mejores oportunidades que sean además satisfactorias desde el punto de vista profesional. La mayoría de las que se quedan son enfermeras que se acercan a la jubilación (obligatoria a los 55 años en la mayoría de los países del Caribe) y el número de las que se gradúan está disminuyendo. Actualmente, cerca de 35% de los puestos de enfermería en el sector de salud de la región se encuentran vacantes. Fue necesario fusionar muchas unidades de atención al paciente y las cirugías electivas se han descontinuado o cancelado en muchos de los

Año de la enfermera

Como parte de sus esfuerzos para disuadir a las enfermeras capacitadas de emigrar, los países del Caribe declararon recientemente un “Año de la Enfermera Caribeña” para mayo de 2003 hasta agosto de 2004. Esta “celebración de la enfermería y las enfermeras” tiene como finalidad aumentar el reclutamiento y la retención, fortalecer los servicios de enfermería, y “reconocer lo mejor de la enfermería y las enfermeras en la región”.

“No se puede exagerar la importancia y las posibilidades que el Año de la Enfermera Caribeña tiene para todos los habitantes de la región,” dice Marjorie Parkes, presidenta del Cuerpo Regional de Enfermería.

El año se lanzó en un evento de gala en mayo en St. Kitts, con el primer ministro Denzil Douglas presidiendo. Cada mes hasta el final del año, dos países diferentes patrocinarán eventos especiales que demuestran las contribuciones de las enfermeras. Entre los aspectos más destacados serán bienvenidas especiales —junto con cobertura periodística— para enfermeras que regresan al Caribe del extranjero, sea por vacaciones o para toda la vida. A cambio, se les pedirá que contribuyan con “unos pocos días hasta una semana” como mentores para transmitir sus aptitudes a enfermeras nuevas.

Con el lema de “Las enfermeras iluminan el camino a la excelencia profesional,” los organizadores han producido un estandarte especial de enfermería del Caribe que es una lámpara encendida contra un telón de fondo con las banderas de todos los países de la región. Se pasará de un país al otro hasta el final del año, cuando unas 400 enfermeras de toda la región se reunirán en Curazao en agosto de 2004.

Los organizadores principales del año son la Organización del Caribe de Enfermeras y el Cuerpo Regional de Enfermería, que también son actores clave en el programa de Migración Administrada de la región. También contribuyen la Organización Panamericana de la Salud, Johnson & Johnson, el Centro Lillian Carter para la Enfermería Internacional y el Departamento de Educación Superior de Enfermería de la Universidad de las Indias Occidentales.

hospitales. Las huelgas que realizan las enfermeras en forma de ausencia por enfermedad para exigir mejores sueldos y condiciones de trabajo han costado a los gobiernos casi tres millones de dólares.

Como resultado de la fuga de cerebros de enfermería, se calcula que en el Caribe se han perdido casi 17 millones de dólares en inversiones públicas destinadas a la capacitación de enfermeras. Una enfermera de rango superior de Trinidad, que prefirió no ser identificada, dice que las jóvenes enfermeras que realizan pasantías de entrenamiento no ocultan su intención de usar la profesión como un medio para poder trabajar en los Estados Unidos.

“Esto me molesta”, dice, y agrega que esto reduce todavía más el nivel y la calidad de la atención de enfermería.

En un sentido más amplio, la crisis de la enfermería aumenta los temores generaliza-

ciones educativas están participando de manera parecida. También participan ministerios de Salud y organizaciones de enfermería y de salud de los países que contratan, además de empresas privadas y fundaciones interesadas en la salud.

Un elemento fundamental de estos esfuerzos ha sido la formulación de una nueva política de migración administrada, definida como “una estrategia regional para mantener un número adecuado de personal de enfermería con competencias para ofrecer programas y servicios de salud del más alto nivel de calidad a los ciudadanos del Caribe”. Abarca la contratación, la retención, el despliegue y la planificación de personal de relevo, inherentes al éxodo de enfermeras del Caribe. Recientemente se creó un equipo que está trabajando en áreas prioritarias: los términos y condiciones de trabajo; contratación, educación y capacitación y métodos administrativos.

Carl Browne, antiguo secretario permanente del ministerio de Salud de San Vicente y las Granadinas y ahora gerente de un proyecto de la Comunidad Europea para el VIH/sida en la región, apoya la iniciativa, pero es tajante al afirmar que la base del problema es la necesidad de contar con un mayor número de instituciones para la formación de enfermeras.

Dice, “tenemos que formar más enfermeras. La enfermería debe estar en el programa de estudios de los colegios comunitarios. También debemos establecer algún tipo de arreglo compensatorio con las organizaciones que contratan a nuestras enfermeras y utilizar estos fondos para capacitar a más enfermeras”.

Y agrega “debemos reconocer que la demanda de enfermeras en los países desarrollados continuará indefinidamente. En vez de percibir la situación como una crisis debemos analizar las oportunidades que sin lugar a dudas nos ofrece. Hay beneficios que podemos aprovechar para nuestros países y nuestras enfermeras. La mayoría de las que se van envían dinero a sus familiares y compran propiedades con la intención de volver a casa cuando se jubilen”.

Gloria Noel cree que la solución debe ser tan multifacética como el problema mismo. Ella insiste en que el Caribe y otras regiones que tienen este problema deberían poner en práctica un plan de recursos humanos de largo alcance; mejorar la imagen de la enfermería; aumentar la matrícula en las escuelas de enfermería, rediseñar los programas de estudio para hacerlos más interesantes y estimulantes, incluso agregar programas con mentores; aumentar las oportunidades para el desarrollo profesional y el avance en la carrera; mejorar las condiciones de trabajo. También hacer que coincidan las oportunidades y las responsabilidades del ejercicio de la clínica con los conocimientos y las habilidades de las enfermeras; reconocer la importancia de las enfermeras como colaboradoras al mismo nivel de los médicos en el equipo de salud; retribuir a las enfermeras de acuerdo a su formación, experiencia y responsabilidades.

“Esta reformas exigen el compromiso, la cooperación, la confianza mutua, el respeto y la acción sostenida de todos los interesados”, dice Noel. “Entre éstos se encuentran los encargados de formular políticas, los planificadores de los sistemas de salud y los profesionales de la enfermería, con la participación de los consumidores de la atención de salud”.

Aún está por verse si la necesidad por sí sola podrá impulsar estas imprescindibles intervenciones pero, pase lo que pase, el papel de las enfermeras en el desarrollo de la atención de salud seguirá siendo esencial. Ellas son el eje y el motor de de los servicios de salud. Como Noel les dijo a las enfermeras durante una conferencia reciente en Guyana: “Hay que ser una persona especial para ser enfermera. Ustedes son los héroes sin gloria, los ángeles escondidos. Den lo mejor de sí mismos. Elógiense entre ustedes, vean las muchas frustraciones como desafíos, cuidense, porque ustedes son la materia prima y el futuro de la atención de salud en este país y en el mundo”.

Tony Deyal fue asesor de la Organización Panamericana de la Salud y actualmente trabaja como columnista mal pagado de periódicos en Trinidad. Fue visto recientemente buscando la sección de empleos del Arab News.



foto cortesía Trinidad Express

dos del público sobre la disponibilidad, seguridad y calidad de la atención de salud. “Tiene y seguirá teniendo un profundo impacto en los servicios de enfermería tanto cualitativa como cuantitativamente”, comenta Noel. “Esta escasez es distinta a las anteriores y requiere una acción valiente, así como soluciones creativas”.

Debido a que el problema recibía cada vez más atención, surgió una respuesta del Caribe para hacer frente a este desafío. Los ministerios de Salud, con el apoyo de la OPS, están colaborando con las asociaciones locales de enfermeras y con otros interesados directos para abordar las raíces del problema. En el ámbito regional, la Organización de Enfermeras del Caribe, otras asociaciones profesionales e institu-

▲ Las huelgas en forma de ausencia por enfermedad de las enfermeras en busca de mejores salarios y condiciones de trabajo le han costado al Caribe cerca de tres millones de dólares.

Las duras lecciones del SRAS

por Robert J. Howard

Última palabra

Cuando la directora general saliente de la OMS, Gro Harlem Brundtland, anunció en junio que se había logrado “parar en seco al SRAS”, mucha gente a través del mundo suspiró con alivio. Sin embargo, algunos miembros de la comunidad de salud pública piensan que es poco probable que el síndrome respiratorio agudo severo realmente “haya desaparecido.” Si empezara a propagarse de nuevo —o si apareciera otra nueva enfermedad peligrosa— ¿qué hemos aprendido de esta crisis que pudiera ayudarnos a hacer frente a un nuevo brote?

Para saberlo, retrocedamos en el tiempo; no precisamente a noviembre del año pasado, cuando se empezó a hablar de una nueva y extraña enfermedad que estaba apareciendo, sino a mediados del siglo XIX, cuando el legendario John Snow demostró que una sola bomba de agua era el origen del contagio de cólera que había afectado a numerosos londinenses. Snow era la quintaesencia del epidemiólogo perseverante que, con mucho esfuerzo, le siguió la pista a la epidemia hasta llegar al origen de la infección, apoyó sus conclusiones con documentación científica y logró resultados impresionantes con la solución que propuso.

Ahora, retornemos a los últimos 20 años, que están colmados de historias acerca de médicos y expertos en medicina, talentosos y dedicados, que arriesgaron su salud y bienestar para acudir al sitio de un brote particularmente peligroso y allí observar, tomar nota e informar rápidamente sobre sus resultados. Las infecciones causadas por virus —los hantavirus, Ébola, Lassa, Marburg y el del Nilo Occidental, además del ántrax, la peste, la fiebre del valle del Rift, el dengue, la dracunculiasis— son todos ejemplos recientes de la forma en que la experiencia, los conocimientos técnicos y los recursos, locales, regionales y mundiales se trasladan al lugar de la crisis y se coordinan desde puntos distantes para determinar la causa y las posibles soluciones a los brotes de enfermedades.

En cada investigación de este tipo hay algunos principios fundamentales que sirven de base para tomar medidas de salud pública bien fundamentadas, eficaces y honestas:

- Todos los datos se deben recopilar, agrupar y compartir de una manera rápida, inteligente y científica.
- Los gobiernos deben colaborar plenamente en la investigación porque está en juego la salud de sus representados.
- Bajo ninguna circunstancia se debe poner en tela de juicio la ciencia, ya que los resultados sustentarán una determinación definitiva acerca de cómo controlar y prevenir que continúe la propagación de una enfermedad.

La ampliación de la autoridad de la OMS

para responder a las epidemias interna-

cionales será muy útil frente a un nuevo

brote de SRAS u otra epidemia similar. Pero

igualmente importante será la inmediata

respuesta voluntaria de los países.

Pasos en falso

En el caso del SRAS, no sabemos cuántas vidas se hubieran salvado —y cuánto perjuicio económico se hubiera evitado— si los funcionarios de China (los provinciales tal vez aun más que los de nivel nacional) hubiesen revelado con más prontitud que había una epidemia y hubieran solicitado antes la ayuda internacional. No tenían que mirar más allá de Hong Kong para ver el mérito de la transparencia y la colaboración internacional. En 1997, cuando Hong Kong estaba en proceso de volver a la jurisdicción china, hubo una epidemia de influenza de aves. Pidieron ayuda y la Organización Mundial de la Salud (OMS) respondió, con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, y en forma rápida y eficaz tomaron medidas para frenar la propagación de la enfermedad.

Por el contrario, la información acerca de la epidemia del SRAS en China fue escasa y sospechosa hasta comienzos de abril, cuando el Partido Comunista despidió al ministro de Salud y al alcalde de Beijing y ordenaron mayor transparencia en los informes sobre la epidemia. Reconociendo el error de la respuesta inicial, la versión en inglés del diario oficial *China Daily News* señaló en un editorial: “la dura realidad exige que las autoridades divulguen información clara para que el público esté informado cabalmente de la situación y

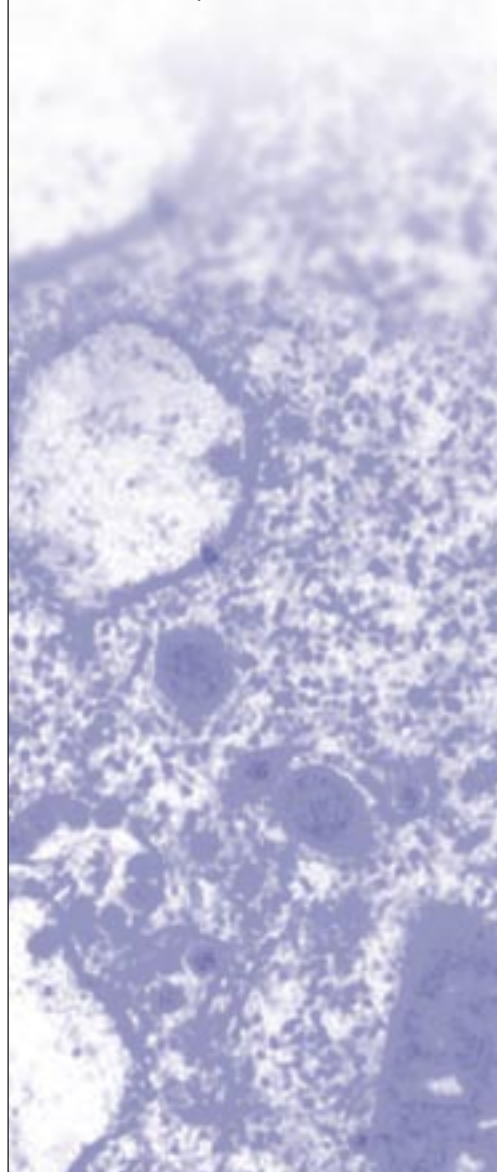


pueda tomar las medidas adecuadas”. Un artículo publicado en el *Asian Wall Street Journal* también criticó al gobierno, con estas palabras: “no pensaron primero en la salud del público, sino en el daño social y económico que podría causar el pánico.”

Es importante tomar en cuenta que la respuesta de China no violó ningún acuerdo internacional. Como todos los países miembros de la OMS, China es signataria del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), sin embargo esto requiere que los países informen sólo sobre unas pocas enfermedades. En la última Asamblea Mundial de la Salud —en Ginebra en mayo, cuando el SRAS dominaba los titulares—, los países miembros de la OMS ampliaron la autoridad de la organización para responder a tales epidemias. Ahora está autorizada a consultar fuentes no oficiales de información sobre brotes y ya no requiere el permiso de sus estados miembros para llevar a cabo investigaciones en el sitio (aunque sí debe informar al gobierno de la presencia y el paradero de su personal).

Estos cambios son parte de un proceso gradual de modernizar el RSI y serán de utilidad si sucede otro brote de SRAS o de otra enfermedad amenazante. Pero de igual importancia es la respuesta voluntaria inmediata de cada país. La transparencia no es siempre muy fácil y mucho menos cuando hay tanto en juego como lo había en el caso del SRAS. Los países afectados saben que si su epidemia les parece a los observadores internacionales fuera de control, esto puede llevar a pérdidas económicas graves. A nivel interno, los funcionarios de salud tienen que alertar a los trabajadores de salud y al público para que estén atentos sin causar un pánico indebido. La apertura y el uso eficaz de la información son clave para ganar la confianza pública que se requiere para evitar los contagios y controlar la epidemia.

El SRAS difícilmente sea el último desafío de salud pública de su tipo. Nunca antes ha sido tan importante para los gobiernos cooperar plenamente con la comunidad científica y de salud pública internacional para aunar esfuerzos en la lucha contra este tipo de enfermedad.



La próxima vez

Todavía hay mucho que aprender sobre el SRAS, si su agente patógeno es de verdad un solo virus y qué clase de tratamientos y vacunas pueden ser eficaces para prevenirlo. No hay mejor forma de abordar estos desafíos que a través de un gran número de mentes científicas que evalúan los aspectos tanto epidemiológicos como microbiológicos, a medida que avanzamos hacia un resultado definitivo. Este tipo de trabajo se está realizando en laboratorios y oficinas de salud pública en todo el mundo, y la transparencia y el intercambio de información son esenciales para el éxito de esta tarea.

El planeta cada vez se vuelve más pequeño como resultado de los viajes y del comercio internacional, así como de la explosión demográfica. Es muy probable que surjan nuevas enfermedades amenazantes a nivel mundial como el SRAS. Nunca antes ha cobrado tanta importancia para los funcionarios elegidos y nombrados la cooperación plena con sus colegas internacionales, entidades científicas y organizaciones mundiales de salud en las iniciativas conjuntas para controlar los agentes patógenos nuevos y emergentes. Es imprescindible que trabajemos juntos, con aptitud, rapidez, transparencia y dedicación, elementos que se insertan todos en la mejor tradición de la salud pública.

Robert J. Howard dirige una empresa de comunicaciones para la salud en Duluth, Georgia, EE.UU. y enseña en las universidades de Harvard y Florida del Sur además de en seis institutos del programa nacional de Liderazgo en Salud Pública.

Cartas

Niños y ambiente

✓ Su excelente artículo "Por el bien de los niños" (Vol. 8, No. 1) destaca los variados riesgos ambientales que afrontan los niños, en particular los que viven en países en desarrollo. Pero hay otras amenazas ambientales importantes que son igualmente comunes en los países desarrollados y en desarrollo.

Éstas abarcan problemas que van desde la contaminación hasta la exposición a plaguicidas, mercurio, plomo en la pintura y moho de los ambientes cerrados. Sólo en los Estados Unidos, las centrales eléctricas que queman carbón emiten más de 100 toneladas de mercurio cada año que se transforma en mercurio metílico por la acción de las bacterias en lagos y ríos. Éstos y otros contaminantes, como los BPC (bifenilos policlorados), se acumulan en los peces, presentando un particular riesgo para las mujeres embarazadas y los niños que todavía no han nacido.

Datos recientes de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA) indican que más del 8% de las mujeres en edad fértil en los Estados Unidos presenta concentraciones de mercurio en la sangre, que son mayores a la dosis de referencia de 5,8 partes por millón. En 2001, 44 estados tenían avisos advirtiendo que los peces de ríos y lagos tenían altos niveles de mercurio. Las tasas de asma en los Estados Unidos se duplicaron entre 1980 y 1995, y muchas regiones han visto un aumento del número de días de "código rojo": cuando la calidad del aire es tan deficiente que se recomienda a los niños y ancianos no salir de sus casas. Ciertas subpoblaciones de niños afrontan riesgos mayores, como por ejemplo la exposición a plaguicidas para los hijos de trabajadores agrícolas y la intoxicación por plomo de niños afroamericanos.

¿Qué tienen en común todos estos problemas? Primero, ninguno puede abordarse hasta que no reconozcamos que "el ambiente" no significa sólo bosques, playas, ríos y océanos sino todos los lugares en donde los niños aprenden, viven, trabajan, juegan y crecen. Segundo, la respuesta adecuada es prevenir la exposición y no tratar de remediar sus graves consecuencias después de ocurrido el hecho.

Abordar estos problemas es más una cuestión de

voluntad social que de tecnología. Sabemos cómo reducir las emisiones de mercurio, mejorar los niveles de partículas, eliminar la intoxicación por plomo, etc. Sólo tenemos que creer suficientemente en el valor de los niños, con el fin de asegurar que se destinen los recursos necesarios para avanzar con las soluciones que ya están a nuestro alcance.

Rabí Daniel Swartz
Director Ejecutivo
Children's Environmental Health Network
Washington, D.C.
EE.UU.

Tretas tabacaleras

✓ Fue con una profunda sensación de "déjà vu" que leí su excelente artículo acerca de las tretas de la industria tabacalera en América Latina, que ahora han quedado al descubierto en los propios documentos de la industria.

Si se sustituyen los nombres de Costa Rica, Guatemala y Paraguay por los de China, Guam y las Filipinas, se trata prácticamente de una descripción de lo que ha sucedido también en Asia. Las propias palabras de la industria tabacalera demuestran, sin lugar a dudas, que el producto es el mismo, que las empresas de tabaco se comportan de la misma manera, y que hay extrañas semejanzas en la forma en que contrataban a los científicos, introducían programas para jóvenes, pagaban viajes y gastos a los periodistas, además de hablar de contrabando y de venta de cigarrillos sin pago de impuestos.

La conclusión evidente es que las medidas que los gobiernos deben tomar para controlar la epidemia deben ser las mismas. Una de ellas es la firma de la Convención Marco para el Control del Tabaquismo, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo; se trata de la primera vez en la historia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) aplica un tratado para mejorar la salud pública, que es vinculante a nivel internacional. Entre los temas fundamentales de la Convención se encuentran acabar con el contrabando, prohibir las promociones, crear lugares libres de humo de cigarrillo, y

aumentar los impuestos al cigarrillo para evitar que los jóvenes los compren. Los documentos de la industria tabacalera misma nos demuestran que la necesidad de tomar esas medidas es común a todos los países.

Judith Mackay
Directora
Asian Consultancy on Tobacco Control
Hong Kong

Medicamentos esenciales

✓ El artículo "El acceso a los medicamentos esenciales...es esencial" por Martin Foreman realmente trata un tema vital, que es el de las patentes y licencias de los medicamentos en manos de oligopolios de laboratorios internacionales. Este problema debe ser abordado por toda la sociedad civil y por todos los gobiernos y organismos especializados del mundo, ya que sin salud no hay desarrollo y, mucho menos, progreso.

Nelson Simatovich
Coordinador General de Programas
Instituto de Cooperación para el Desarrollo
Latinoamericano (ICDLA)
Montevideo
Uruguay

En cada número publicaremos una muestra de las cartas recibidas. Se modificará el texto de algunas por razones de espacio. Sírvase incluir su nombre y dirección. Envíelas a la Redacción, *Perspectivas de Salud*, Área de Información Pública (PIN), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037 o por fax al 202-974-3143 o por medio del Internet a eberwind@paho.org. *Perspectivas de Salud* no asume responsabilidad alguna por manuscritos y fotografías no solicitados. Se enviarán pautas para la preparación de artículos a quienes las soliciten.

1º de diciembre de 2003

D í a M u n d i a l d e l S I D A



Eliminemos el estigma
y la discriminación

Vive y deja vivir



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

<http://www.paho.org/>



Un niño hace una pausa entre faenas en la granja familiar de Ibarra, Ecuador, cerca de la frontera con Colombia. Armando Waak, fotógrafo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), capturó esta imagen durante su viaje con el equipo de audiovisuales de la OPS, que registró momentos del acontecimiento histórico que fue la primera Semana de Vacunación en las Américas.

La iniciativa de 19 países quedó plasmada en fotografías y filmaciones, que muestran la alegría y el orgullo de los padres de distintos países al vacunar a sus niños. Al final de la semana, más de 15 millones de niños en Latinoamérica y el Caribe habían sido vacunados. (Ver artículo, página 14.)