

## CAPITULO TRES

## EN BUSCA DE LA SALUD INTEGRAL

*La CMC tenía muy buena reputación, de manera que si aprobaba y apoyaba un proyecto era probable que otras instituciones se adhirieran. La Comisión difundía información ampliamente por medio de Contact. Tenía influencia en la OMS y, a través de ésta, en las políticas estatales. Constituía un vínculo importante entre las iglesias en relación con cuestiones de salud y la asignación de recursos. Además, tomó en serio los contextos, sistemas de valores y teologías locales y los transmitió a las iglesias de Occidente.*

Peter Bellamy, miembro de la CMC en la década de 1980

**Algunos dilemas**

En 1979, con la publicación de la Declaración de Alma-Ata, la "APS" alcanzó la mayoría de edad. Se contaba con más de diez años de experiencia en servicios basados en la comunidad y con muchos modelos eficaces para ponerla en práctica. Se disponía de orientaciones metodológicas. Se habían adherido a la idea grupos influyentes de las colectividades médicas de la mayoría de los países.

La APS debió su difusión a la creciente preocupación por las consecuencias financieras de las nuevas tecnologías, en especial en los países en desarrollo, donde no se acababa de ver cómo éstas podrían llegar un día a la mayoría de la población por el "efecto de goteo". Tras haber sido la alternativa radical, había logrado algún tipo de reconocimiento oficial en las políticas de salud de la mayoría de los países en desarrollo. Libros como "Where there is no doctor" (Donde no hay doctor), de David Werner, se vendían por cientos de miles. El lema "Salud para todos en el año 2000" constituyó un objetivo para los planificadores del ámbito de la salud y un incentivo para proseguir la tarea.

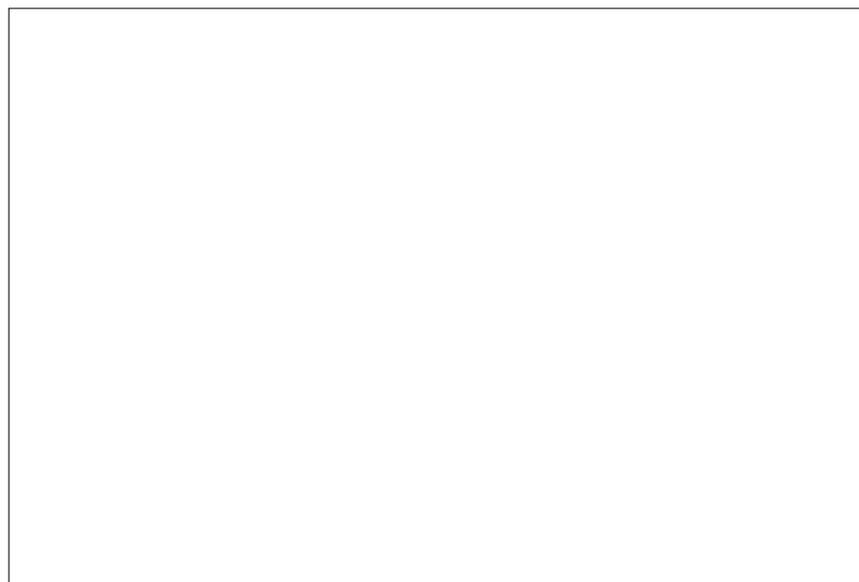
Para la Comisión Médica Cristiana en particular, la década de 1980 comenzó con grandes esperanzas. La tierra pro-

metida parecía acercarse. La familia ampliada de la CMC iba creciendo y tenía un fuerte sentido de comunidad. Las conferencias regionales de la década de 1970 habían sido de gran valor para ayudar a la gente a compartir ejemplos y experiencias de trabajo comunitario así como una rica variedad de puntos de vista culturales y religiosos. La profesión médica estaba comenzando a aceptar la importancia de la comunidad. En muchos países, los órganos de coordinación estaban trabajando bien, aunando la labor cristiana de atención de salud con la del gobierno y otras ONG. Planteaban preguntas que invitaban a reflexionar sobre el papel de la iglesia y sobre las opiniones cristianas relativas a la curación. Había llegado a aceptarse que *Contact* era sin duda el mejor medio del mundo para compartir información y conocimientos técnicos sobre la atención de salud basada en la comunidad en el plano internacional.

*La Comisión Médica Cristiana ayudó a estructurar el Programa nacional de salud rural en el sur del Sudán y también facilitó contactos con programas y servicios afines de otros países que habían puesto en práctica con*

La CMC en el decenio de 1980.  
De izquierda a derecha:  
Jeanne Nemec, Valerie Medri,  
Ann Dozier, Fernande  
Chandrasekharan, Eric Ram  
(Director), Reginald Amonoo-  
Lartson, Ruth Harnar, Christa  
Stalschus, Jenny Roske, Cecile  
De Sweemer, María Victoria  
Carles Tolrá.

*La década de 1980  
comenzó con grandes  
esperanzas.*



Madre maya y su hija en Guatemala, donde luchan por satisfacer sus necesidades básicas.

*éxito programas de salud rural y medicamentos esenciales para los pobres de las zonas rurales y urbanas. La CMC también brindó oportunidades de promoción al Consejo de Iglesias del Sudán y al Programa de atención primaria de salud del sur del Sudán. Gracias a mi condición de miembro de la CMC aprendí mucho de otros países que han puesto en práctica la APS, como Nicaragua, Indonesia, Filipinas y la India.*

Oliver M. Duku, Iglesia Episcopal del Sudán

*La APS había llegado a ser vinculada con los movimientos en favor de la justicia, con todos los riesgos que ello entrañaba.*

Pero en el ambiente general de optimismo también sonaban llamadas de alarma. Por ejemplo, en Nicaragua, donde el gobierno sandinista dio prioridad en el plano nacional al establecimiento de estructuras sanitarias basadas en la comunidad, las personas que trabajaban en ellas a menudo eran el blanco de la contraguerrilla entrenada por Estados Unidos. En Guatemala, según se supo, se secuestró o asesinó a trabajadores de la salud. La APS había llegado a ser vinculada con los movimientos en favor de la justicia, con todos los riesgos que ello entrañaba en medio de la polarización política de América Latina en los años 80.

¿Y qué pasaba en las naciones más ricas de América del Norte, Europa y Australasia? Aumentaba la brecha que las separaba del resto del mundo en vez de disminuir. En esas sociedades, la salud de los pobres iba empeorando con relación al resto de la población.

Se estaba creando otra polarización más: esta vez en el seno de la propia familia de la CMC. ¿Qué ocurría en esas regiones -el subcontinente indio, por ejemplo- en las que la comunidad cristiana había

organizado aquellos viejos hospitales terciarios, viables y respetados internacionalmente? Muchas misiones y organizaciones de desarrollo occidentales, recién adheridas al principio de la APS, ahora se negaban a financiar los programas de esos hospitales, aunque entre ellos figuraban instituciones que en el pasado habían sido proyectos modelo.

### Conflicto de prioridades

Un ejemplo fue el del Christian Medical College de Vellore, en el sur de la India. "CMC Vellore" era, y sigue siendo, una de las instituciones cristianas más prestigiosas del mundo. Fue uno de los primeros frutos de la cooperación ecuménica en materia de misiones médicas y lo administraban las propias iglesias indias. Fue también uno de los primeros hospitales cristianos que introdujeron la salud comunitaria como uno de los componentes obligatorios de la formación de los médicos, y su trabajo de base en las zonas rurales circundantes era una parte legendaria de su propio patrimonio institucional. Era el niño mimado de las organizaciones de financiación desde hacía décadas.

En 1980, "CMC Vellore" solicitó financiación para llevar adelante sus programas de atención primaria de salud en conformidad con las orientaciones de Alma-Ata y envió una delegación a Ginebra para reunirse con un grupo de instituciones de financiación europeas. Tenían la impresión de que el acuerdo sólo debía ser ratificado formalmente. Daleep Mukarji, coordinador de las actividades de salud de la Unidad II del CMI hasta marzo de 1998, era el miembro más joven de esa delegación. Hoy habla de la conmoción que le produjo el descubrir que los fondos para los programas de atención primaria de salud se recibirían solamente si el CMC Vellore comenzaba simultáneamente a reducir sus programas del hospital terciario y de investigación. Algo que pertenecía a las iglesias indias, algo de lo que éstas se sentían orgullosas con justa razón, había sido rechazado por un grupo de organizaciones del Norte a las que habían considerado amigas y aliadas.

En realidad, las opciones eran pocas. Se negaron a aceptar recursos con esas condiciones y regresaron a la India más tristes pero con mayor experiencia. Ahora bien, fue toda la comunidad cristiana de la India la que sintió el dolor y la rabia que provocó este incidente. Su legado de amargura aún no ha desaparecido.

La tensión entre atención hospitalaria y comunitaria, terciaria y primaria ha estado presente a lo largo de la historia de la Comisión Médica Cristiana y, por supuesto, de todas las demás organizaciones interesadas en la salud internacional. Es un conflicto que afecta al mundo industrializado tanto como al mundo en desarrollo. En Europa y América del Norte se tienen que tomar hoy decisiones parecidas -e igualmente dolorosas- con respecto a las prioridades en materia de salud. En 1980, dados los criterios de selección vigentes, los organismos de financiación, reunidos por la Comisión Médica Cristiana, se atenían simplemente a la letra de sus propios criterios al someter a tales condiciones la solicitud de Vellore.

### Nuevas perspectivas

Al final del decenio, empero, tres cosas estaban cada vez más claras. La primera era la importancia que en sí mismo seguía teniendo el gran hospital. En 1988, la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo de la OMS determinó las funciones básicas de los hospitales de distrito. La disponibilidad de servicios obstétricos, para hacer una cesárea por ejemplo, era decisiva si se quería reducir sustancialmente la mortalidad materna. La segunda era la tendencia a dejar de lado influyentes sectores de la profesión médica, muchos de ellos de por sí favorables a la APS, a causa de la insistencia en que para los servicios básicos de salud no se necesitaban médicos. La elevada base moral que exigían las actividades de APS podía provocar resentimiento en otros profesionales de la salud, con la consecuencia de que pudieran crearse sistemas que mantuvieran de manera aun más intransigente el régimen de dos niveles. La tercera era el hecho de darse cuenta de que los sistemas que verdaderamente servían a los pobres nunca iban a poder autofinanciarse y que los cargos que pagaban las personas acomodadas por la medicina terciaria eran una importante fuente potencial de financiación de los servicios de salud en general.

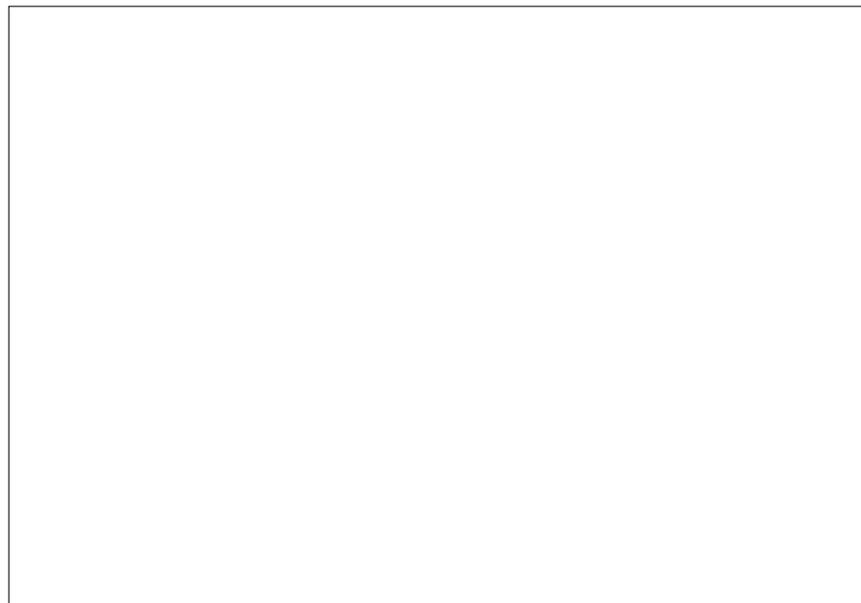
Casi 20 años después, este asunto sigue siendo objeto de debate. Hoy se dispone de tecnología aun más cara que entonces y más personas del Norte y el Sur pueden darse el lujo de pagar una atención médica de alta tecnología. Los problemas de la pobreza no son menos urgentes que entonces. Ahora suele aceptarse que se deben mantener los

dos sectores, que se necesitan mutuamente y que deben encontrar la manera de relacionarse, para alcanzar la justicia y la equidad sin sacrificar el nivel de calidad ni la creatividad científica. Comprender el sentido de esta exigencia es algo que tal vez deba considerar el equipo de salud del CMI en el futuro.

La actitud cada vez más ambivalente hacia el gran hospital es sólo una de las tensiones con que se enfrentó el grupo de presión a favor de la APS durante la década de 1980. Se había esperado que los gobiernos nacionales se hicieran cargo gradualmente de la infraestructura sanitaria. Pero lo cierto es que durante esos años cruciales, la mayoría de los países del Sur se empobrecieron más

Maternidad sin riesgos:  
algunas mujeres necesitan  
atención hospitalaria para tener  
un parto seguro.

*La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo de la OMS determinó las principales funciones básicas de los hospitales de distrito.*



Saradidi muestra los frutos del proyecto de 1995 encaminado a generar ingresos: los aldeanos habían comprado ollas y teteras con las ganancias provenientes de las cabras que habían criado.

*Pero los programas basados en la comunidad no se liquidan rápida ni fácilmente.*

debido a las enormes deudas contraídas en la década de 1970, acrecentadas -como en Filipinas y muchos países de África y América Latina- por el mal uso del capital en beneficio propio de quienes estaban en el poder. Los ricos se hicieron más ricos, pero los pobres se hicieron más pobres. La rigurosidad de las actividades de atención primaria de salud parecía tan obvia, y sin embargo, también se podía hacerlas aparecer como actividades de resistencia izquierdista, como en Nicaragua, Guatemala y Filipinas.

*Durante los años de la guerra fría, no siempre se aceptó fácilmente la idea de movilizar a las personas para que asumieran responsabilidades y pudieran opinar sobre aquello que les incumbía. En esos años solíamos decir que muchas grandes instituciones eclesiósticas/misioneras eran como carreteras asfaltadas en vez del sendero en el que debíamos seguir las huellas del Señor. Algunos dijeron que El había doblado a la izquierda de la carretera asfaltada.*

Hakan Hellberg, en *The Vision and the Future* (La visión y el futuro), 1995

Además, había problemas para evaluar lo que se estaba logrando y a qué costo. Los profesionales de la salud orientada hacia la comunidad y la población local comprometida no siempre eran idóneos para llevar la contabilidad o aplicar sistemas de control y seguimiento financieros. En el *Contact* 112, Dan Kaseje cuenta la experiencia del programa de salud rural de Saradidi, puesto en marcha en una zona de Kenya afectada por la sequía. Después de un brillante comienzo, el proyecto de Saradidi se vino abajo en

la década de 1980, principalmente porque las personas que se habían ofrecido para organizar los asuntos financieros del programa -todas ellas figuras respetadas de la zona- se interesaban más en sus propios asuntos que en los del programa o la iglesia. En consecuencia, las organizaciones de financiación acabaron por dejar de dar dinero y el proyecto quedó al borde del colapso.

Pero los programas basados en la comunidad no se liquidan rápida ni fácilmente. La promoción de la autonomía y la sensibilización logradas entre los participantes no se habían perdido. Saradidi fue reestructurado, con nuevos principios para la administración y nuevas directrices para seleccionar el personal. Son éstos muchos más realistas y se asemejan más bien a un proyecto para un sistema cristiano de gestión y selección de personal que podría funcionar en cualquier parte.

*Para debate:* Mateo 19: 16-26. ¿Con quién se identifican en este relato? ¿Por qué? Llevar adelante la atención de salud basada en la comunidad exige grandes sacrificios. ¿Cuáles son?

### El Programa Farmacéutico (PF)

La Organización Mundial de la Salud, utiliza el dibujo de un pequeño personaje que empuja una piedra enorme cuesta arriba por una empinada montaña. Está a punto de darse definitivamente por vencido. Es la representación de la persona que procura alcanzar la salud. La montaña es empinada porque la pobreza, las malas condiciones de saneamiento y vivienda, la falta de educación, etcétera, aumentan la pendiente. El personaje libra un arduo combate por mantenerse sano cuando las condiciones de la sociedad no favorecen la buena salud. Si se quitan esos obstáculos la piedra rueda muy fácilmente por el suelo plano.

Sin embargo, hay otros obstáculos que no forman parte del patrimonio natural de los pobres. Uno de ellos es la manera en que se comercializan los productos farmacéuticos. A principios de la década de 1980, muchos países padecían una grave escasez de medicamentos. Los precios de los medicamentos de marca eran elevados y, aunque se conseguían medicamentos genéricos, era difícil obtener información sobre su oferta, la distribución era escasa y, a menos que se compraran a granel, no se podían adquirir a los mejores precios. Además, los laboratorios farmacéuticos donaban medicamentos inadecuados a los paí-

ses del Tercer Mundo, donde muchos de esos donativos no solicitados tuvieron que ser quemados, lo que acarreo otros costos y peligros.

Ante una situación que iba de mal en peor, la CMC colaboró con el European Emergency Drug Stock Committee (EMERSTOC) para estimular la colaboración de los organismos de compra relacionados con las iglesias de los países industriales y las correspondientes «cooperativas de compra» de los países receptores. Se podían hacer mejores transacciones si las organizaciones no gubernamentales (ONG) se reunían en el plano nacional para resistir la comercialización explotadora de las empresas farmacéuticas y, cuando fuera procedente, negociar acuerdos de compras a granel mucho más baratas. Después de la visita del director de la CMC, Eric Ram, a Uganda en 1980, un grupo de iglesias creó un economato médico conjunto.

En 1981, la CMC (con la organización africana AMREF y el Ministerio de Salud Pública del sur del Sudán) organizó un taller para discutir los problemas farmacéuticos en la medida en que afectaban a las ONG vinculadas con las iglesias. A raíz de esa reunión, se estableció un puñado de farmacias comunitarias en zonas rurales y se consideró la posibilidad de instalar un laboratorio farmacéutico en el sur del Sudán similar a los de Lesoto y Kigali (Ruanda). El deterioro de la situación en materia de seguridad y la expulsión de algunas ONG pusieron fin al programa sudanés pero no antes de que quedara establecida su utilidad.

En diciembre de 1981, la CMC celebró en Ginebra una consulta sobre los servicios farmacéuticos cooperativos vinculados con las iglesias que funcionan en los países en desarrollo. Participaron organismos donantes relacionados con las iglesias católica y protestantes, proveedores de medicamentos esenciales a bajo costo, servicios de compras conjuntas y asociaciones cristianas de salud, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF. Desde entonces, este grupo, al que ahora se conoce como Grupo Asesor sobre Productos Farmacéuticos (PAG, por su sigla en inglés), ha seguido reuniéndose regularmente todos los años. En su primera reunión se decidió poner en marcha la fase de estudio inicial del Programa Farmacéutico (PF) en 1982.

#### *Evolución del Programa Farmacéutico*

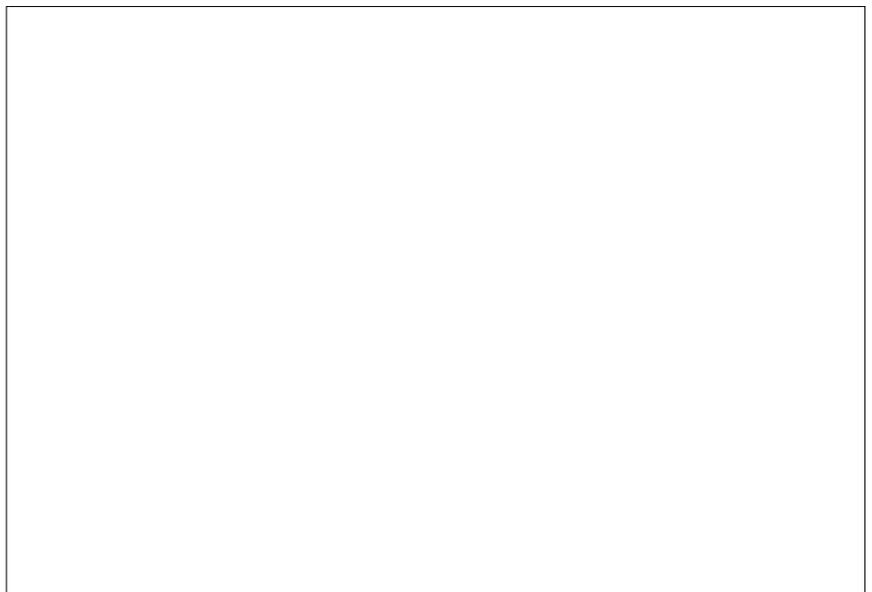
- **La fase 1 (1982-1985)** fue principalmente de exploración y su objetivo fundamental lo constituyó el suministro de medicamentos esenciales por conducto de servicios farmacéuticos «cooperativos».
- **En la fase 2 (1987-1991)** se prestó cada vez más atención al establecimiento de redes y a la promoción del concepto de medicamentos esenciales.
- **La fase 3 (1992-1995)** se concentró principalmente en prestar apoyo a los consumidores de los países en desarrollo, promover el concepto de medicamentos esenciales y el uso racional de los medicamentos y organizar programas de capacitación para organizaciones y grupos eclesiósticos.
- **La fase 4 (1996 hasta el presente)** tiene dos prioridades: sustentar el trabajo de la fase 3 y promover las posibilidades de acceso a productos farmacéuticos eficaces y de precios módicos para todos.

En 1985, se puso en marcha un programa encaminado a facilitar medicamentos esenciales a la población a través de servicios farmacéuticos cooperativos. Se hicieron las siguientes recomendaciones:

- Que la CMC realizara un estudio sobre plantas medicinales y medicinas tradicionales;
- Que se iniciara un diálogo con las empresas farmacéuticas multinacionales;
- Que se redactara un nuevo código de conducta para donaciones de medicamentos.

*A raíz de una reunión de la CMC en el Sudán se crearon algunas farmacias comunitarias.*

Farmacia abierta al consumidor.



*El Programa Farmacéutico es en ciertos aspectos un modelo para la actividad ecuménica.*

Con frecuencia, las donaciones de medicamentos consisten en una serie de muestras de muy diversos medicamentos en pequeños envases, destinados sobre todo al tratamiento de enfermedades comunes en los países industrializados.

En la reunión de la Comisión celebrada en 1988 en Filipinas, uno de los principales puntos del orden del día fue «las empresas transnacionales y su función en la salud y el desarrollo». Esas empresas controlaban el 75% del mercado mundial de los productos farmacéuticos. Con su publicidad crearon una demanda de productos no esenciales y a menudo los pobres no comían para comprar medicamentos innecesarios e indebidamente caros para sus familias. "Para combatir los efectos negativos de las empresas transnacionales en la salud, nuestra respuesta debe ser transnacional. En esto las iglesias tienen un papel muy importante que cumplir", comentó Michael Tan, miembro de nacionalidad filipina de la Comisión. Se pidió a la CMC que se preparara para entablar un diálogo con las empresas farmacéuticas transnacionales, y que elaborara un código de conducta para la producción y la distribución de medicamentos.

### Modelo para la actividad ecuménica

El Programa Farmacéutico es en ciertos aspectos un modelo para la actividad ecuménica en la que participan iglesias que trabajan juntas en relación con un asunto mundial que tiene enorme importancia para los pobres. Hoy, el programa está a cargo en forma conjunta de los Servicios de apoyo a iniciativas comunitarias (CISS) con sede en Nairobi (Kenya) y el CMI, de Ginebra, mientras que la Dra. Eva Ombaka, en calidad de asesora farmacéutica, reparte su tiempo entre ambas organizaciones. Una de las máximas prioridades del programa, dirigido principalmente a las iglesias y al personal de salud relacionado con éstas, es promover el uso racional de los medicamentos, en conformidad con la política de la OMS sobre los medicamentos esenciales. El programa fomenta el uso de medicamentos genéricos y asesora sobre la adopción y la gestión de iniciativas para la compra conjunta de

medicamentos por los servicios eclesiásticos de salud de cada país, alentando firmemente el comercio Sur-Sur. Además, realiza evaluaciones, facilita la capacitación de personal farmacéutico y aboga por el uso y la fabricación de medicamentos genéricos frente a sus equivalentes de marca que son más caros. Otro aspecto del que se ocupa el programa es el estudio de las ventajas de las hierbas medicinales y otras terapias tradicionales.

### Actividades del Programa Farmacéutico

- **Asistencia técnica:** *Divulgación de información técnica por medio de investigaciones, boletines, distribución de publicaciones y visitas personales.*
- **Capacitación:** *Apoyo a las actividades de capacitación relativas al concepto de medicamentos esenciales, el uso racional de los medicamentos y la gestión del suministro. El PAG mantiene informadas a las instituciones relacionadas con las iglesias acerca de los cursos y presta cierto apoyo a la participación del personal. Facilita los viajes de estudio así como el intercambio de personal entre las instituciones asociadas y ayuda a los miembros a organizar talleres a nivel nacional o subregional.*
- **Investigación:** *Apoya a la vigilancia y evaluación de las actividades y recursos farmacéuticos.*
- **Creación de redes:** *El PAG ofrece un foro local y mundial para la creación de redes sobre las tendencias de la problemática farmacéutica, organizando reuniones Norte/Sur, apoyando reuniones regionales y patrocinando la representación de los sistemas eclesiásticos de salud en las reuniones internacionales.*

Reconociendo la importancia de dar una respuesta mundial a lo que se ha convertido en una amenaza mundial, en su reunión anual de 1995 el PAG examinó las propuestas de privatización presentadas en el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: "Invertir en salud". El año siguiente, el Grupo se reunió con un representante del Banco Mundial y con David Werner, autor de "Where there is no doctor" (Donde no hay doctor), para considerar los efectos de las políticas de ajuste estructural en la salud.

En 1997, el PAG abordó las repercusiones en los productos farmacéuticos del reciente Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual

relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC). Un poco tarde, Acción Internacional para la Salud (AIS), la OMS y otras ONG se han dado cuenta de las consecuencias de este nuevo acuerdo mundial elaborado durante la Ronda Uruguay de negociaciones comerciales que condujo a la creación de la Organización Mundial del Comercio en 1995. Uno de los propósitos del Acuerdo sobre los ADPIC es limitar la fabricación de productos farmacéuticos genéricos reforzando las leyes de patentes. Antes de este Acuerdo, empresas de la India habían podido desarrollar sus propias tecnologías para fabricar nuevos medicamentos entre cuatro y seis años después de su aparición en el mercado mundial. A tenor del Acuerdo sobre los ADPIC, la India y otros países tendrán que esperar ahora 20 años. Existen, por supuesto, poderosas razones para proteger los mercados a fin de que las empresas farmacéuticas tengan tiempo para recuperar los costos de desarrollo. Por otro lado, esta medida seguramente acrecentará el desfase entre los recursos de salud a disposición de los ricos y de los pobres, y retrasará hasta un punto inaceptable el aprovechamiento de los beneficios de las nuevas investigaciones para satisfacer las necesidades sanitarias de los países en desarrollo. Esto es particularmente alarmante cuando se trata de fármacos desarrollados para tratar enfermedades de reciente aparición, como el SIDA y la tuberculosis y la malaria resistentes a los medicamentos.

*Para debate:* Apocalipsis 18: 8-17. El autor describe la destrucción de la gran ciudad malvada, a la que llama Babilonia. ¿Por qué los comerciantes están tan molestos? ¿Pueden establecer algún paralelismo con nuestro mundo actual?

### Asesino de lactantes

Habiendo crecido en Barbados, Nita Barrow, que se incorporó a la CMC en 1970 como directora adjunta, dijo que la lactancia natural, hasta los años 40, había sido "una característica normal de la vida diaria y que cuando una madre iba a trabajar, el bebé permanecía junto a ella, ya sea sujeto a su espalda, en una cuna a su lado, o simplemente cerca de ella, y se lo alimentaba cuando era necesario". Mientras tanto, el biberón se fue haciendo más común en las sociedades europea y norteamericana. En su opinión, el fenómeno fue favorecido por el número cada vez mayor de madres trabajadoras, y por la convicción de muchas mujeres de que los pechos tenían menos que ver con la alimentación del bebé que con el placer sexual. En el decenio de 1970, ya se había pro-

ducido la transición al biberón también entre las mujeres del Caribe. Citando a pediatras precursores de Jamaica, Dame Nita atribuía el hecho a la vanidad, a la presión de la publicidad de las empresas de alimentos para lactantes, y a la temprana alimentación complementaria que introdujo la leche dulcificada en la dieta.

El número 35 de *Contact* (versión en inglés), de octubre de 1976, estuvo enteramente dedicado al tema, y su artículo central fue el de Dame Nita «La lactancia natural: ¿una obligación o un mito?». Se citaba allí al poeta ugandés Okot p'Bteke:

*Cuando el niño llora déjalo tomar la leche del pecho  
No hay un tiempo fijo para amamantar*

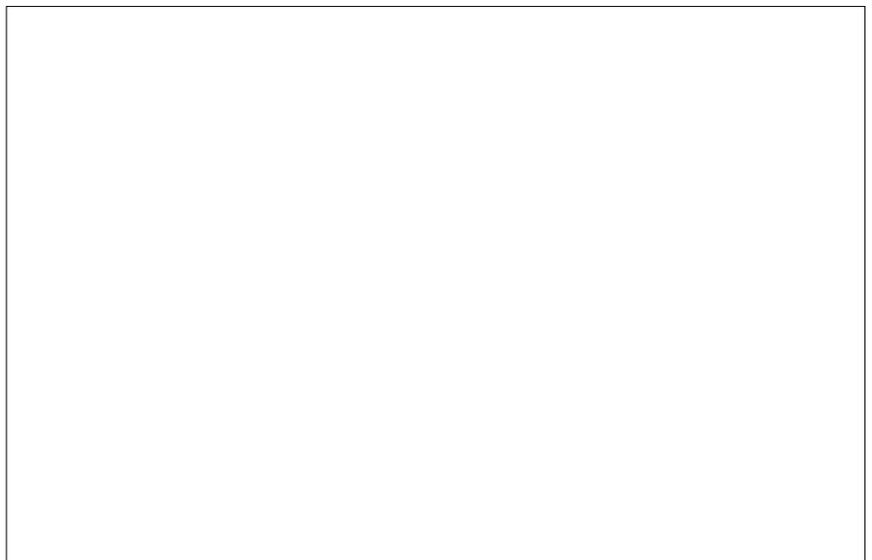
*Cuando el niño llora puede que esté enfermo  
La primera medicina para el niño es el pecho.*

Las prácticas publicitarias del fabricante de leche en polvo habían sido recientemente el tema de un caso judicial ampliamente publicitado, que se conoció como «la cuestión del biberón». Una empresa suiza, Nestlé, persiguió judicialmente al Third World Action Group (Grupo de Acción Tercer Mundo) por haber publicado un artículo muy crítico sobre los métodos de publicidad y comercialización de productos lácteos para bebés utilizados por la empresa en los países en desarrollo, por ejemplo, respecto de las madres en el hospital. El artículo se titulaba "Nestlé tötet babys" (Nestlé asesina bebés).

Los lectores de *Contact* hoy no tendrán necesidad de que nadie les explique las ventajas de la lactancia natural. Son ellas particularmente importantes para los pobres, que pueden tener que privarse de

*La adopción del biberón se atribuía a la vanidad, a la presión de la publicidad y a la temprana alimentación complementaria.*

Una agente de atención primaria de salud enseña a una madre joven a dar de mamar a su hijo.

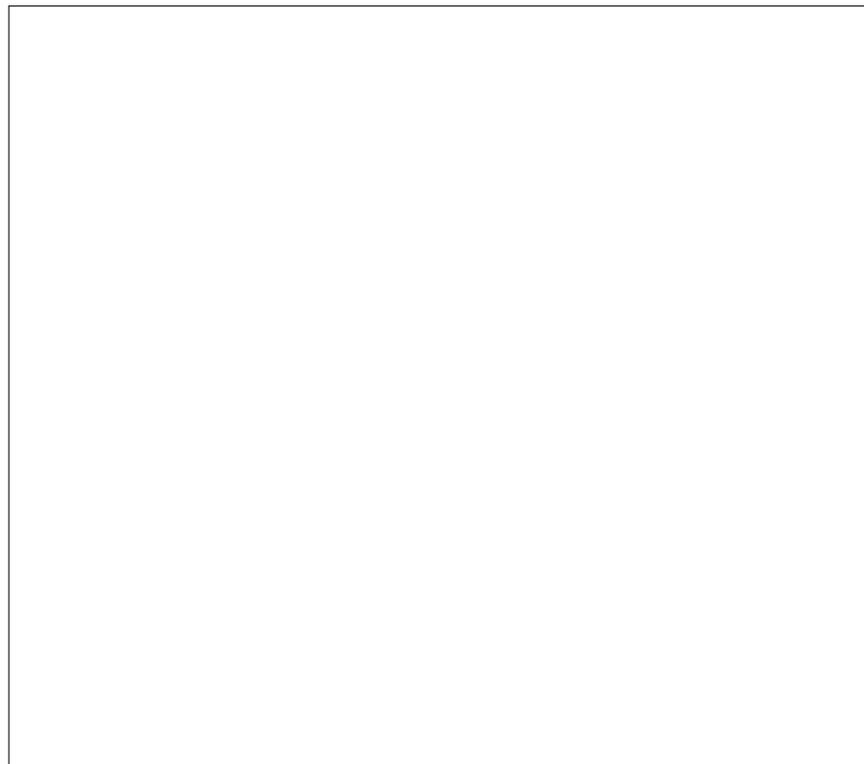


*Se sostenía que la APS era barata y eficaz, pero ¿dónde estaban las pruebas?*

otros productos esenciales para comprar preparados caros para lactantes, o que no tienen medios eficaces de esterilizar los biberones. La CMC se propuso entonces la tarea de dar a conocer mejor esas ventajas por medio de *Contact*, por medio de sus propias redes, y ejerciendo influencia en otros organismos. Se preparó una carpeta sobre "cómo hacerlo", destinada a los grupos locales deseosos de actuar en relación con la comercialización de las preparaciones para lactantes y la promoción de la lactancia natural. A la postre, en parte como resultado de las vigorosas y coordinadas campañas de las ONG -en las que la CMC desempeñó un papel fundamental- el asunto se convirtió en el tema de un código de conducta voluntario relativo a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. La OMS, el UNICEF y otras organizaciones elaboraron el código en consulta con las industrias interesadas. En la Asamblea Mundial de la Salud de 1981, sólo los Estados Unidos votaron en contra del código. En la actualidad, la promoción y la vigilancia de las prácticas de comercialización de preparaciones para lactantes están coordinadas por la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN).

Tina Pfenninger, ex miembro del personal de la CMC que trabaja ahora para la IBFAN, cree que las iglesias tienen una función decisiva que cumplir como vigilantes de base de esa comercialización contraria a la ética, particularmente por lo que

Trabajando con datos sanitarios en EPES, organización de salud basada en la comunidad de la Iglesia Luterana de Chile.



respecta a la salud de la población pobre. Informando de los abusos, presentándolos en una relación internacional coherente, y sumándose luego a los aliados para hacer campaña contra las prácticas contrarias a la ética es como se podrá mantener bajo control el poder de las empresas multinacionales.

*Para debate:* Marcos 11: 15-19. Este es el único ejemplo que presentan los evangelios del uso de la violencia física por Jesús. ¿Cómo hubiera reaccionado Él ante las situaciones referidas? ¿Por qué parece esto tanto más difícil hoy?

### Financiamiento de la atención

Inicialmente, se había previsto que los programas de atención primaria de salud llegarían a ser autosuficientes al cabo de unos pocos años. Esas previsiones resultaron equivocadas. En 1987, la CMC invitó al ecuatoriano Víctor Vaca para que realizara un estudio que tenía dos objetivos principales:

- Determinar los factores que influían en el financiamiento y los costos de los programas de atención de salud basada en la comunidad, y averiguar cómo repercutían en programas locales determinados.
- Determinar los principios de prácticas adecuadas que los programas de APS habían incorporado a partir de la experiencia y adaptarlos de manera tal que sirvieran para animar nuevas actividades.

Víctor Vaca pasó revista a programas determinados de Indonesia, Filipinas, Papua Nueva Guinea, India, Brasil y Centroamérica. Sus informes se reunieron luego con otros materiales relacionados con las finanzas, procedentes de la CMC, la OMS y el DIFAM de Tubinga. En total se examinaron 14 estudios de casos de 11 países. Al Sr. Vaca le sorprendió al principio la ausencia, en muchos casos, de una contabilidad y datos estadísticos precisos. Se sostenía que la APS era barata y eficaz, pero ¿dónde estaban las pruebas? El personal de atención primaria de salud tenía otras prioridades. Daba la impresión de que la atención primaria de salud, con su hincapié en la participación y la idoneidad, presentaba una resistencia intrínseca al análisis económico tradicional.

Los resultados de este estudio se consiguen en forma detallada en la publicación del CMI "Financing Primary Health Care Programmes: can they be self-sufficient?" (Financiación de los programas de atención primaria de salud: ¿Pueden ser autosuficientes?) (CMI 1987).

En el estudio se llega a una serie de conclusiones, de las cuales las siguientes pueden ser de particular interés:

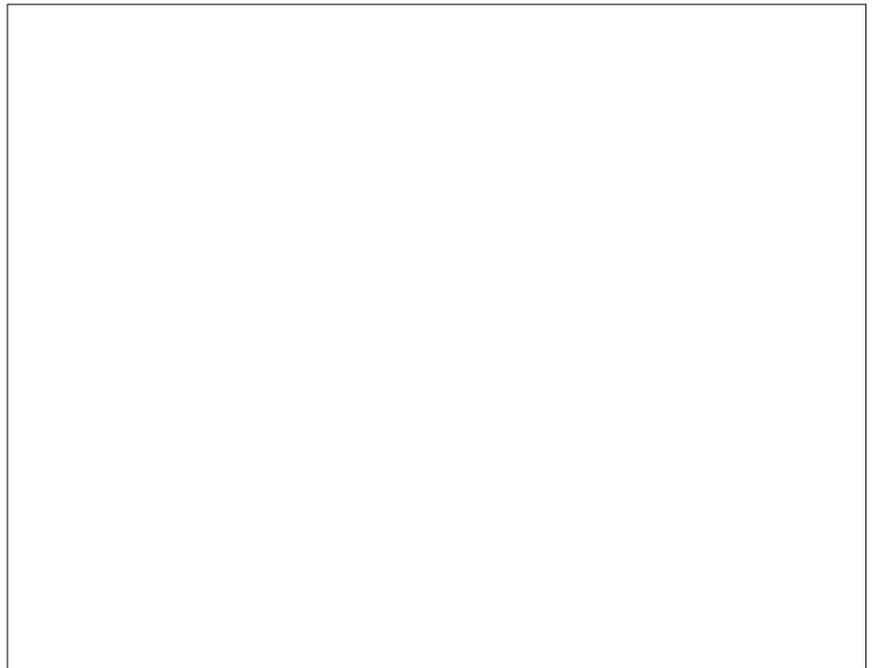
- Como sus beneficiarios son tan pobres, los programas de APS no pueden ser autosuficientes.
- Es difícil calcular el costo real de la APS porque gran parte del personal es voluntario.
- En un enfoque equilibrado de la financiación, una de las fuentes ha de ser la financiación comunitaria.
- Los donantes externos suelen tener expectativas poco realistas acerca de la capacidad de autosuficiencia de un programa y del tiempo necesario para alcanzarla.
- Los programas bien administrados tienen tendencia a crecer. Aunque puedan apuntar a cierto grado de autosuficiencia, seguirán necesitando financiación adicional para conseguirla.
- Los programas basados en hospitales pueden llegar a ser autosuficientes.
- Estableciendo relaciones de colaboración, la APS y los hospitales existentes pueden incrementar mutuamente su eficacia.

La cuestión de la sostenibilidad sigue siendo absolutamente decisiva para los programas de atención primaria de salud, y en una sección del siguiente capítulo se da cuenta de un estudio más reciente. Muchos organismos siguen trabajando sobre la base del principio de que un programa debe estar en condiciones de autofinanciarse al cabo de, por ejemplo, seis años. Ahora bien, ¿quién costea entonces los sueldos del personal, los vehículos y los medicamentos esenciales? La insistencia en la sostenibilidad ha dado lugar a que en los programas se otorgue un trato preferencial a quienes tienen dinero y se dé la espalda a las personas pobres que no lo tienen. Esta es una cuestión clave hoy, cuando los fondos son aun más escasos que en el decenio de 1980, y cuando los organismos internacionales promueven vigorosamente la aplicación de los principios de privatización.

*Para debate:* Lucas 16: 1-12. ¿Qué es lo que ocurre en este extraño relato? ¿Por qué el Señor felicita al mayordomo? En su experiencia, ¿el relato tiene algo que decir acerca de los problemas del desarrollo sostenible?

### Salud integral

En 1975, la Quinta Asamblea del CMI, celebrada en Nairobi, confirió a la CMC el mandato de "servir a las iglesias de todas partes



Bert Demmers/Unicef

como organización facilitadora en su búsqueda de una comprensión de la salud y la curación que sea distintiva de su fe cristiana".

Ese cometido debía cumplirse estudiando perspectivas sobre la concepción cristiana de la vida, la muerte, el sufrimiento y la salud, y promoviendo la reflexión teológica a ese respecto, de modo tal que puedan encontrar expresión en la preocupación que la iglesia, como comunidad de curación, tiene por la atención de salud, y estando atento a las dimensiones de la curación que trascienden el ámbito de las patologías físicas y tienen en cuenta las aportaciones de índole espiritual, social, ética y psiquiátrica. En cumplimiento de este mandato, la Comisión Médica Cristiana inició en 1978 un programa de estudio sobre la salud integral.

Entre 1979 y 1988 se celebraron diez consultas regionales, a las que asistieron 814 participantes (pastores, teólogos y profesionales de la salud) procedentes de 95 países. Las consultas tuvieron lugar en el Caribe, América Central, África, Asia meridional, Asia sudoriental, el Pacífico, América del Sur, América del Norte, Europa y Asia nororiental. En 1980 se celebró un seminario de alcance nacional en Egipto, ya que la situación política del momento en la región hacía poco aconsejable seguir adelante con los planes para realizar una consulta en el Oriente Medio. En Bossey (Suiza), se celebraron dos consultas sobre la muerte y los agonizantes, y una tercera sobre la adicción; además, en Achimota (Ghana) tuvo lugar una conferencia sobre la función de las hierbas medicinales en la salud.

Parteras tradicionales de Ruanda reciben formación sobre la función de las hierbas medicinales.

*Ahora bien, ¿quién costea entonces los sueldos del personal, los vehículos y los medicamentos esenciales?*

Los resultados del estudio están publicados en un opúsculo bien redactado que lleva por título "La salud integral - La función de las iglesias en la salud" (CLAI, Quito, 1991).

De las diferentes consultas surgieron nuevas cuestiones. Por ejemplo, en la reunión celebrada en América Central se puso de relieve la injusticia estructural y sus efectos en la salud. En África, los temas centrales fueron los relativos a la curación tradicional y a la espiritualidad africana. En Europa, la ausencia de una comunidad efectiva fue una de las preocupaciones fundamentales. La soledad fue una característica de los países socialistas, donde el Estado asumía la responsabilidad de satisfacer las necesidades básicas y las personas no necesitaban ayudarse mutuamente. En Europa oriental, la presión ejercida en las perso-

nas para que aceptaran el materialismo ateo producía un vacío espiritual que era enemigo de la salud. En Hong Kong y otras sociedades urbanas, las principales causas de mortalidad infantil no eran las enfermedades transmisibles sino los traumatismos, las intoxicaciones y el cáncer. Un delegado de Suecia, país con uno de los sistemas de seguridad social más eficaces del mundo, comentó: "Estamos buscando amor en medio de toda esta maldita seguridad".

**Desigualdades en relación con la salud**

No es posible aquí comentar en su totalidad este estudio de decisiva importancia ni sería aconsejable hacerlo. Uno de los mensajes más importantes es que cada contexto político, social y económico es único. No obstante, hay tres puntos generales -cuestiones que afectan a todos y cada uno- que parecen revestir particular importancia para una organización cristiana. El primero es la carga desigual de morbilidad, discapacidad y defunciones prevenibles en diferentes partes del mundo. El segundo es la falta de equidad en la disponibilidad de recursos para ocuparse de ello. El tercero es el problema de determinar qué concepción de la salud rige el programa de curación. Las citas siguientes, tomadas del informe del estudio, revisten particular interés a este respecto.

*El 85% de los 450 millones de personas de todo el mundo que padecen alguna discapacidad procede de los países en desarrollo, que poseen sólo el 2% de los recursos para el tratamiento y cuidado de los discapacitados.*

*En el diálogo acerca de la salud, se percibe la falta de una antropología común, por lo que cabe preguntarse si los investigadores médicos y los teólogos/pastores están realmente refiriéndose a la misma persona. La posición de las iglesias sobre los problemas médico-éticos se funda en una concepción integral de la vida y su significado encarnacional a la que el Evangelio da sentido.*

James McGilvray, primer Director de la CMC

¿Es posible que estas observaciones ofrezcan una vía de solución a la confrontación de concepciones excluyentes que creó tan grandes divisiones en los 80? ¿Será tal vez la verdadera actividad de curación de orden político y espiritual, moral y económico? La persistencia de los dos paradigmas (el modelo médico y el mode-

*Un delegado de Suecia, país con uno de los sistemas de seguridad social más eficaces del mundo, comentó: "Estamos buscando amor en medio de toda esta maldita seguridad".*

<b>CONTENIDO</b>		
PREFACIO		7
<b>CAPITULO 1</b>	<b>¿QUÉ ES LA SALUD?</b>	11
SALUD Y JUSTICIA		11
SALUD Y PAZ		12
SALUD E INTEGRIDAD DE LA CREACIÓN		13
DIMENSIÓN ESPIRITUAL DE LA SALUD		14
<b>CAPITULO 2</b>	<b>REFLEXIONES TEOLÓGICAS</b>	15
ARRAIGADOS EN EL DIOS TRINO		15
LA VIDA ES UN DON DE DIOS		15
RECURSOS PARA LA CURACIÓN		18
PRÁCTICAS DE CURACIÓN		20
EDIFICANDO COMUNIDADES CRISTIANAS		25
ESPIRITUALIDAD Y SALUD		29
<b>CAPITULO 3</b>	<b>LA SITUACIÓN ACTUAL</b>	35
LA SITUACIÓN REAL DE LAS REGIONES "EN DESARROLLO"		36
LA SITUACIÓN REAL EN LOS PAÍSES "EN DESARROLLO"		39
SIGNOS DE ESPERANZA		41
<b>CAPITULO 4</b>	<b>PROBLEMAS Y DESAFÍOS</b>	43
LA CONGREGACIÓN COMO UN LUGAR DE CURACIÓN		43
LA COMUNIDAD COMO UNA COMUNIDAD DE ASISTENCIA Y SERVICIO		43
LA CONGRAGACIÓN COMO LUGAR DE ENSEÑANZA PARA LA SALUD		44
LA CONGRACACIÓN COMO DEFENSORA DE LA JUSTICIA,		
LA PAZ Y LA INTEGRIDAD DE LA CREACIÓN		44
LA CONGRAGACIÓN Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD		45
LA COOPERCIÓN CON OTROS GRUPOS		45
<b>CAPITULO 5</b>	<b>PARA UN ESTUDIO POSTERIOR</b>	47
EL EVANGELIO, LA TEOLOGÍA Y LA SALUD		47
DIÁLOGO		48
CREANDO COMUNDADAS DE ASISTENCIA		48
<b>CAPITULO 6</b>	<b>VISIÓN Y ESPERANZA</b>	51
APENDICE 1-5		

lo holístico) quizá se deba a que en realidad ocurren varias cosas conceptualmente diferentes cuando una persona se considera enferma, agonizante o discapacitada, y a que quienes intervienen en el diálogo para determinar el programa de curación "no están refiriéndose a la misma persona".

Somos seres humanos que transitamos un camino espiritual. También somos seres espirituales que transitamos un camino humano. Las iglesias se mueven en la frontera entre lo espiritual y lo humano. La encarnación, la crucifixión y la resurrección, nociones fundamentales de la fe cristiana, no son únicamente la más profundamente física de todas las experiencias sino también la más poderosamente espiritual. En ellas, lo divino se hace humano, lo humano se hace divino. Si esto es verdadero y pertinente, como creemos los cristianos, la tarea de la iglesia es, entonces, no sólo promover y costear la atención de salud cristiana sino también considerar el compromiso con la persona curada en la comunidad sanada como una dimensión no opcional de su propia vida.

*Para debate:* Lucas 13: 10-17. Este relato se refiere al ministerio de Jesús para las personas marginadas. Tiene que ver también con la naturaleza de la religión formal. ¿Qué les dice acerca de a) los discapacitados, b) el ministerio de curación, y c) la iglesia?

### La iglesia curadora: en busca de un modelo

*Ya al comienzo de este estudio, se planteó la pregunta: "¿Qué es lo distintivo en el cuidado y atención cristianos a la salud?" Ahora nos damos cuenta de que es mejor preguntar "¿Qué exige Dios de nosotros como cristianos?"*

Cita del informe del estudio sobre La salud integral

A la luz de los testimonios aportados por el estudio sobre la salud integral, se adujeron poderosas razones en favor de que las propias iglesias y las comunidades cristianas locales, mediante su acción, su liturgia y su forma de ser iglesia, participaran en el trabajo de curación y aprendieran de aquellos para quien la curación ya era una prioridad. Así ocurrió con particular intensidad en las consultas de Egipto y Africa.

*La curación y la edificación de la comunidad, según la perspectiva ortodoxa, forman parte de los conceptos básicos de perdón y Eucaristía (Santa Comunión). La noción última de perdón es la de restitución de una persona a la comunidad. Es en este*

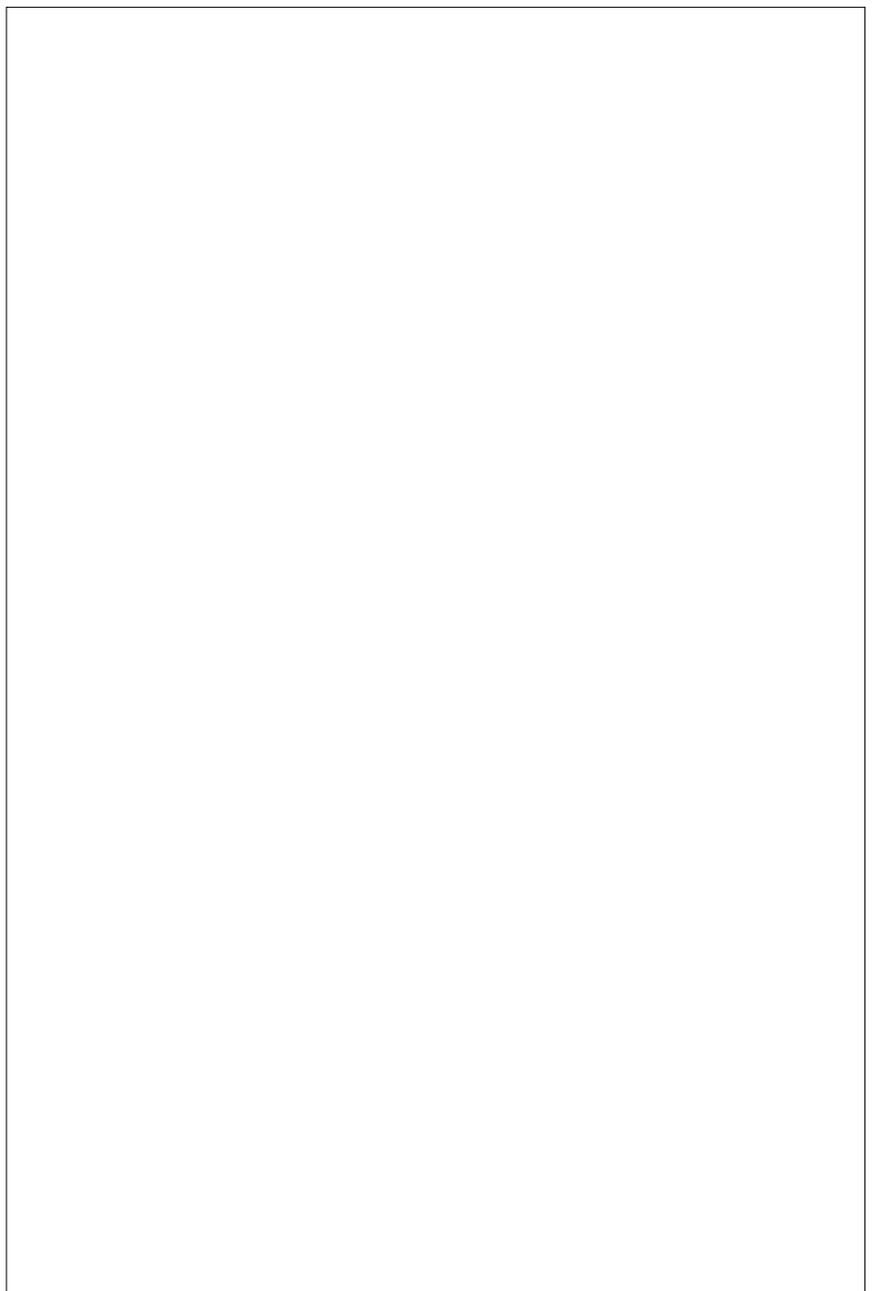
*concepto en el que se basa la pronunciación de la absolución en la iglesia ortodoxa, absolución dirigida no a un objeto singular sino a un objeto plural, y repetida no una sino varias veces en la liturgia. ¿Por qué? Porque el pecado destruye la comunidad y el perdón restaura las sanas relaciones entre la comunidad.*

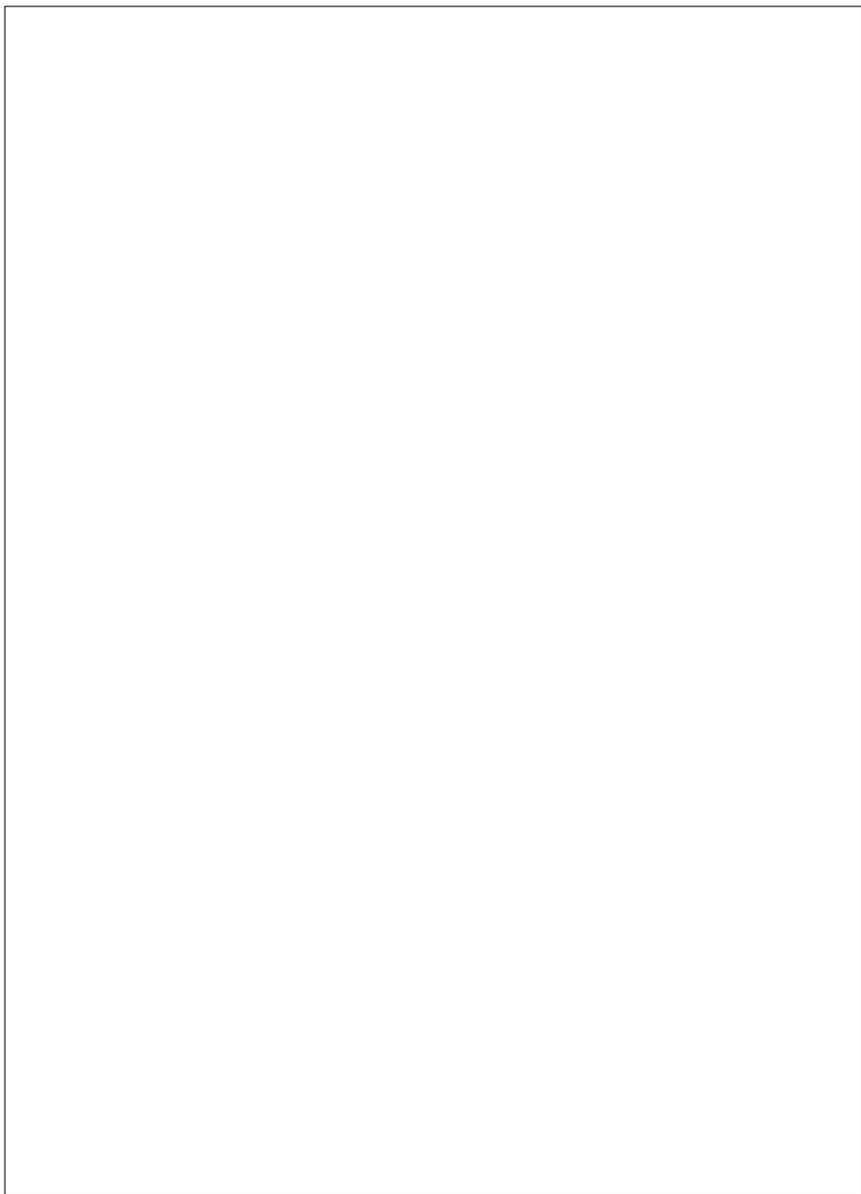
Informe de la consulta de Egipto

En julio de 1989, cuando el estudio estaba finalizando, se reunió el Comité Central del CMI. Es preciso exhortar a las iglesias miembros, señaló el Comité Central, a que formulen declaraciones de política sobre su participación en la atención de salud y la curación cristianas, reafirmando así el ministerio de curación de la iglesia. El Comité precisó además que ello implicaba la desprofesionalización

*Ocurren varias cosas diferentes cuando una persona se considera enferma, agonizante o discapacitada.*

Niño palestino en el Hospital Ahli Arab.





John Taylor/GMI

Kinshasa: Niños celebrando el culto en la Iglesia Kimbanguista.

*Había poderosas razones en favor de que las propias iglesias participaran en el trabajo de curación.*

de la atención de salud y la curación así como la capacitación de cada miembro de la congregación para prodigar atención. Un notable ejemplo de este tipo de participación procede de la zona de Minahasa en la isla de Sulawesi (Indonesia).

*La labor curativa de la iglesia fue transferida gradualmente a profesionales... Hemos comprendido que trabajar en forma aislada es una tarea incompleta y que lo mismo sucede cuando tratamos de representar a toda la iglesia en nuestro trabajo. Por consiguiente, nos hemos esforzado por establecer una sólida interacción con los dirigentes eclesiásticos. Así como muchos programas de salud de las iglesias de Indonesia han adoptado el sistema de la fundación como su base jurídica de trabajo, el servicio de salud de la GMIM (Iglesia Cristiana Evangélica de Minahasa) ha optado por el gobierno directo del Sínodo y su Consejo, por lo cual es indispensable*

*una estrecha interacción y un debate serio. Aparte de este aspecto estructural, gran parte del personal ejecutivo y técnico del hospital desarrolla actividades en calidad de consejeros parroquiales, diáconos, o miembros del Consejo del Sínodo, lo cual permite establecer una estrecha relación entre la labor de la iglesia y la que se realiza en el sector de la salud. Así, no es difícil considerar a la salud desde un punto de vista distinto del estrictamente profesional.*

Bert A. Supit, en *Contact* 75, mayo de 1986

El Dr. Supit describe luego los efectos de esa participación en las iglesias de la GMIM. Parte de las celebraciones de su 50 aniversario consistieron en el establecimiento de un dispensario en un grupo de aldeas muy pobres y un gran servicio de culto en el que varios médicos predicaron sobre el Cristo curador. El personal del hospital, junto con el Departamento de Formación de Laicos de la Iglesia y la Facultad de Teología, preparó un folleto para el debate titulado *The Healing Church*. Más de 500 miembros se sumaron a ese proceso de debate a fin de prepararse para comunicar el mensaje a las 560 congregaciones de la GMIM. También se editó un opúsculo con notas de sermones y material de estudio bíblico así como sugerencias adicionales para la participación práctica, por ejemplo, planes de seguro de salud, programas de construcción de letrinas o programas para la determinación del peso. En el propio hospital se organizaron cursillos para los miembros de la congregación y se reestructuró y revitalizó el fondo *Diakonia* establecido desde hacía mucho tiempo.

*... Las congregaciones ya están dispuestas a actuar, pero carecen de los conocimientos técnicos necesarios para ello. La demanda cada vez mayor de conocimientos y aptitudes es superior a lo que el personal del programa de APS puede ofrecer(...). Por esta razón, no siempre es posible satisfacer las expectativas creadas por nuestros programas, lo que en algunos casos puede ser causa de frustración.*

Bert A. Supit, en *Contact* 75, mayo de 1986

La experiencia de la GMIM no es más que un ejemplo de los cambios que pueden ocurrir en la vida de la iglesia local cuando la curación se toma seriamente en cuenta como parte del programa. Si bien otras iglesias podrán reconocer en esto aspectos de su propia situación, la tarea de las iglesias de Sulawesi, como de cualquier otra parte, era específica de su propio entorno.

*Las conclusiones de las consultas a nivel de base "han tejido un amplio espectro de posibilidades acerca del concepto de salud. Lo más destacado entre todas estas posibilidades es la afirmación de que la salud no es meramente una cuestión médica. Aunque la llamada industria de la salud esté produciendo y utilizando una tecnología cada vez más cara y perfeccionada, la mayoría de los problemas de la salud no pueden abordarse desde esa perspectiva. Se exhorta a las iglesias a reconocer que las causas de la enfermedad en el mundo son tanto socioeconómicas y espirituales, como biomédicas. La mayoría de las veces, la cuestión de la salud está supeditada a situaciones relacionadas con la justicia, la paz, la integridad de la creación, y la espiritualidad."*

Tomado de "La salud integral", CLAI, 1991

Para debate: Juan 17:25-26 (o la totalidad del capítulo). Jesús pide que después de su partida el amor existente entre Él y el Padre pueda reflejarse en el amor que sus discípulos se profesan mutuamente. ¿Qué consecuencias tiene esto para nuestras iglesias?

### Un nuevo realismo

Al examinar la experiencia de la CMC durante la década de 1980 en la reunión de la Comisión celebrada en Bridgetown (Barbados) en 1993, el Dr. Rainward Bastian aludió a un sentimiento de desilusión y tristeza. Las grandes esperanzas de los años 70 no se habían hecho realidad. Había, al parecer, un límite a las posibilidades de los programas mundiales y nacionales. En Europa, aparecía un nuevo nacionalismo, con efectos desastrosos para los servicios de salud, y para otros países del mundo. En todo el planeta, las limitaciones presupuestarias de los ministerios de salud habían crecido. Muchos de los órganos de coordinación estaban en crisis, y sus notables éxitos de los años 70 se derrumbaban al tiempo que se debilitaba la colaboración ecuménica. El proceso de inculturación -la aproximación de los métodos tradicionales y occidentales- había sido más lento que lo previsto. Así ocurría especialmente en África, donde estaba vinculado a la dependencia continua de personal extranjero. También había sido lenta la difusión del trabajo sanitario basado en la comunidad y en la congregación. En el Norte, en vez de aprender de la experiencia del Sur, la coherencia de la comunidad y la responsabilidad mutua, en definitiva, habían decrecido.

El Dr. Bastian no era el único que llegaba al final de la década con un sentimiento de

tristeza. También otros, evocando los días precursores de fines de los 60 y principio de los 70, se preguntaban qué había marchado mal. Las grandes ideas de aquellos primeros tiempos habían sido realizadas sólo parcialmente. "Es hora", decía el Dr. Bastian, "de adquirir un nuevo sentido de realismo".

Los años siguientes debían servir para reevaluar el pasado, establecer nuevas prioridades, considerar los triunfos ya obtenidos, sin dejar de mirar hacia adelante con una visión renovada de la contribución que una red ecuménica mundial de salud puede aportar a la historia del pueblo de Dios en marcha.

*Para debate:* Exodo 16: 1-15. Este es un relato vigoroso. Pónganse, sucesivamente, en el papel de Moisés, de los hijos de Israel y de Dios. ¿Cómo se sentirían en cada caso? ¿Por qué Dios responde de esa manera? ¿Hay momentos en que se preguntan por qué comenzaron un día a hacer el trabajo que ahora están realizando? En caso afirmativo, ¿cómo reaccionan ante esos momentos de incertidumbre?

Prácticas sanitarias tradicionales en Filipinas.

