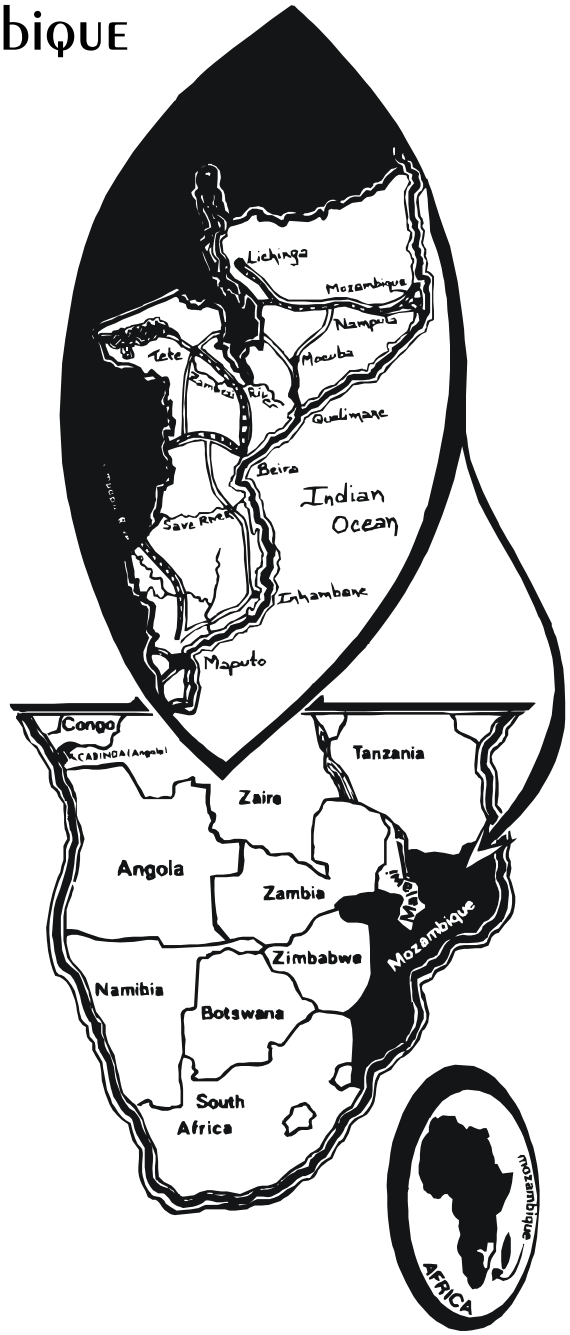
Capítulo 17
Control de la diarrea basado en la comunidad en Mozambique



Compromiso con *Salud para Todos* en medio de la guerra

Tras la liberación del dominio colonial de los portugueses en 1975, el nuevo gobierno popular de Mozambique, lidereado por el Frente para la Liberación de Mozambique (FRELIMO), comenzó el proceso de reestructuración social y económica para cubrir mejor las necesidades de toda la población del país. Tras declarar a la salud como un derecho básico, el Ministerio de Salud se propuso construir una red de centros y puestos de salud, y formar una legión de promotores de salud comunitarios apoyados por enfermeras, médicos y personal paramédico para proporcionar una atención primaria de salud básica, pero completa, a toda la población. La iniciativa se centró en las áreas rurales, donde las necesidades eran mayores.

Combinada con un gran impulso a la agricultura, a la nutrición y a la educación, esta iniciativa integral para mejorar la salud comenzó a dar resultados. A pesar de las severas dificultades económicas y la falta de personal capacitado, la mortalidad infantil descendió y la esperanza de vida aumentó en forma impresionante. Por desgracia, esta tendencia positiva fue interrumpida por la escalada de ataques terroristas de la organización paramilitar Resistencia Nacional de Mozambique (RENAMO), financiada desde Sudáfrica. Pero, a pesar de las implacables tácticas de desestabilización de la RENAMO y los tremendos costos de combatir esa guerra brutal, los valerosos esfuerzos para ayudar a la gente a satisfacer sus necesidades de salud siguieron adelante.

Problemas con el planteamiento habitual de las SRO

En Mozambique, como en otros países empobrecidos, la diarrea ha sido una causa principal de mortalidad infantil. Poco después de su liberación, Mozambique lanzó una campaña integral e interdisciplinaria contra la enfermedad diarreica. Sus componentes incluían:

- promoción de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO);
- promoción de la *lactancia materna*, con restricciones legales a la disponibilidad de biberones y sustitutos de la leche materna;
- campañas de *vacunación* contra enfermedades infecciosas que causan diarrea y debilitan la resistencia de los niños frente a las enfermedades diarreicas (como el sarampión);
- *control del crecimiento* de los niños menores de cinco años, con asesoramiento para los padres y, en casos crí-

ticos, *suplementos alimenticios* a niños con bajo peso;
- *educación sobre salud e higiene* a través de distintos medios de comunicación, como la radio, altavoces públicos y el periódico rural llamado *O Campo*;
- medidas para mejorar el *saneamiento* e introducir el uso de letrinas;
- mejoras en el *abastecimiento de agua*.

Aunque todas estas actividades ayudaban, se reconocía que la reducción de la incidencia y la gravedad de la diarrea es un proceso difícil a largo plazo, que depende, ante todo, de mejorar la economía y las condiciones de vida de toda la población. Dadas las dificultades económicas y logísticas, el Ministerio de Salud decidió que la mejor opción provisional para el control de la diarrea era concentrar sus esfuerzos en la terapia de rehidratación oral.

Para llevar esto a la práctica, el Ministerio siguió las directrices de la OMS y el UNICEF, haciendo hincapié en la producción y el uso de los sobres de SRO. Trabajó con la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) para construir una fábrica de sobres de SRO en la ciudad de Beira. La fábrica comenzó la producción en marzo de 1983, con un objetivo de dos millones de sobres al año –una producción que, hasta donde nosotros sabemos, nunca se alcanzó.

Evaluaciones realizadas en 1985, dos años después de que la fábrica de Beira fuese abierta, mostraron que la introducción de los sobres de SRO no había reducido significativamente la mortalidad infantil por diarrea. La tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) de Mozambique en su conjunto estaba entre 252 y 375 por 1 000, una de las tasas más altas del mundo. [4] En la misma Beira, la tasa de mortalidad por diarrea en menores de cinco años permaneció muy alta; la diarrea se llevaba las vidas del 14.7% de los menores de cinco años, alrededor del 40% de todas las muertes infantiles. [5]

Un análisis posterior daba las siguientes razones para el fracaso de la estrategia inicial de TRO de Mozambique:

- terrorismo, que obstruyó la producción de sobres, destruyó carreteras y medios de transporte, e incendió puestos de salud, y asesinatos, que a menudo tuvieron como objetivo a trabajadores de la salud;
- inadecuado suministro de sobres y dificultades para abastecer las zonas periféricas;
- medicalización de la SRO –incluyendo la divulgación de la creencia de que la SRO es una medicina que detiene o disminuye la diarrea (lo cual no es cierto), o que se toma como otras medicinas antidiarreicas para los niños: una cucharada cuatro veces al día (demasiado poco para ser eficaz);
- la práctica común, en los puestos de salud, de dar solamente un sobre por episodio de diarrea;
- educación inadecuada e inapropiada, continuando los métodos autoritarios de la enseñanza colonialista;
- insuficiente respeto por las creencias, tradiciones y remedios caseros del pueblo;
- inadecuada infraestructura de salud, especialmente en las zonas remotas.[6]

Buscando el consejo de las mujeres del campo

Tras darse cuenta de que el planteamiento habitual de la OMS/UNICEF no estaba funcionando adecuadamente en su país, el Ministerio de Salud de Mozambique decidió estudiar alternativas que pudieran responder mejor a las necesidades propias de su situación. Una mirada a los datos de mortalidad hospitalaria en diferentes partes del país revelaba que la tasa de mortalidad infantil por diarrea en la zona de Inhambane, en la costa sur, era menor que en la mayoría del resto de Mozambique. Una investigación de los registros de los centros de salud y entrevistas con madres confirmaron estas observaciones.

Un equipo del Ministerio de Salud decidió aprender de las madres de Inhambane y averiguar qué estaban haciendo que pudiese explicar la tasa de mortalidad por diarrea excepcionalmente baja de la zona. El equipo se reunió con un grupo de 40 madres de un barrio pobre semirrural de la ciudad. Los

funcionarios de salud comenzaron la reunión informando a las mujeres de que habían llegado a ellas para pedir su ayuda. Explicaron que el programa para el control de la diarrea de Mozambique, basado en las recomendaciones de expertos extranjeros, estaba fracasando, excepto en el área de Inhambane. Las madres confirmaron que pocos de sus bebés habían muerto de diarrea: de las 40 madres que se presentaron, sólo una dijo haber perdido un niño por diarrea. Sin embargo, admitían que sus niños enfermaban de diarrea bastante a menudo.

Al principio, las madres se resistían a hablar abiertamente, y dijeron a los funcionarios lo que pensaban que ellos querían escuchar –que estaban todas utilizando sobres de SRO, como les habían enseñado–. Más tarde, cuando estuvieron seguras de poder hablar con sinceridad, admitieron que habían probado las SRO, pero ya no las habían vuelto a usar porque el centro de salud estaba lejos, y a menudo se agotaban los sobres. Si el centro tenía sobres, sólo daba a la madre uno por consulta –lo justo para comenzar el tratamiento–. En cualquier caso, las SRO sabían mal; a menudo sus niños las rechazaban. Y si conseguían que el niño bebiese, ¡ni siquiera reducía la diarrea! Así que, ¿para qué molestarse?

Los funcionarios de salud continuaron con sus preguntas: si las madres de Inhambane no estaban utilizando SRO, entonces ¿qué usaban para tratar la diarrea de sus niños? Las madres dijeron que habían vuelto a sus remedios tradicionales. Estaban dando a sus niños bebidas que hacían con maíz molido, harina de arroz o ciertos tubérculos autóctonos, o elaboraban bebidas con harina de trigo cocida o tostada donada a la región para el alivio del hambre.

Los funcionarios de salud reconocieron que este exitoso método tradicional de tratamiento de la diarrea practicado por las madres de Inhambane era bastante similar a la TRO basada en cereales. Tras un largo debate, el Ministerio de Salud de Mozambique decidió probar un programa piloto con la posibilidad de revisar el programa nacional para el control de la diarrea –según la experiencia y el consejo de las mujeres campesinas.

El programa piloto de Nampula

El programa piloto basado en la comunidad y en la escuela fue iniciado a pequeña escala en el área rural de las afueras de Nampula, en el norte de Mozambique. Aunque el programa era selectivo por estar enfocado en el problema de la diarrea infantil, desde otro punto de vista era integral como pocos. En vez de estar restringido al sector de la salud, incluía una estrecha colaboración entre los ministerios de Salud y Educación. El componente educacional del programa piloto era, en algunos aspectos, revolucionario (en consonancia con los objetivos de una sociedad nueva y más igualitaria en Mozambique). Introduciendo métodos de enseñanza participativos de resolución de problemas en la escuela primaria, e implicando a profesores y alumnos en acciones prácticas relacionadas con las necesidades de la comunidad, el programa piloto hizo frente a una de las mayores barreras para el progreso social de los países del Tercer Mundo: la de un sistema educativo arcaico y autoritario.

El intento de Mozambique de transformar sus escuelas públicas era un gran desafío. En la mayoría de los países del Tercer Mundo el sistema educativo, como el sistema de salud, no ha conseguido satisfacer las necesidades más urgentes de la gente común, y por causas parecidas. Es una herencia de los tiempos coloniales, basado más en las necesidades de los colonizadores que en las de los colonizados. Para los gobernantes coloniales, la educación de los "nativos" significaba disciplina dura, buenos hábitos de trabajo y un obediente e incuestionable respeto a la autoridad. Todo esto no ayudó a los estudiantes a aprender a pensar por ellos mismos, a desarrollar habilidades para la resolución de problemas o a analizar y organizar acciones para cubrir sus necesidades más urgentes. Desde la perspectiva colonial (o la perspectiva de cualquier gobierno elitista y no representativo), la educación –y especialmente la alfabetización– es un arma de doble filo. Por un lado, puede inculcar comportamientos uniformes y formar gente en las nuevas habilidades necesarias para una fuerza de trabajo obediente y productiva. Pero, por otro lado, puede abrir vías de comunicación y concientización

Escolares de Mozambique involucrados en la epidemiología participativa de la diarrea.

que pueden resultar peligrosas en las manos y mentes de un pueblo oprimido. No sorprende, por tanto, que el sistema educativo colonial estuviera basado en la memorización y repetición como pericos, y en la sumisión incuestionable y servil a leyes, normas, códigos, límites, horarios, restricciones, y otros métodos de control psicosocial, diseñados para enseñar a los niños y a otros ciudadanos de segunda su lugar dentro de una sociedad injusta y jerarquizada. Más aún, muchas de las cuestiones de las materias enseñadas en las escuelas coloniales estaban basadas en las vidas y los tiempos de los colonizadores europeos, y eran bastante irrelevantes para las necesidades y las vidas de los campesinos pobres del Sur.

Tras la independencia, el nuevo gobierno de Mozambique intentó que el contenido y los métodos de la educación estuvieran más de acuerdo con la realidad y las necesidades de los niños, sus familias y sus comunidades. Para conseguir esto, el gobierno alentó una estrecha colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Así, en la fase inicial de planificación del proyecto piloto, se celebró una reunión entre altos funcionarios de los dos ministerios.

El objetivo era enseñar una información que tuviera una utilidad inmediata para los niños y sus familias. La idea de implicar a los niños escolares en un proyecto pionero para salvar las vidas de sus hermanos y hermanas pequeños como parte de sus estudios encajaba perfectamente con este objetivo. El programa piloto, por tanto, fue lanzado como un programa común de ambos ministerios. El entusiasmo de ambas partes y en todos los niveles –de planificadores a facilitadores, de profesores a niños– fue impresionante.

Quizá el componente más revolucionario de este proyecto piloto fue lo que podríamos llamar *epidemiología participativa*: implicar a profesores y niños en la recogida, registro y análisis de la información sanitaria de sus comunidades, junto con la investigación del Ministerio de Salud. De esta manera, los escolares no sólo comenzaron a aprender sobre asuntos como matemáticas, fisiología humana y a tomar notas, sino que realmente contribuyeron a la investigación epidemiológica nacional. Un planteamiento así tiene el potencial no sólo de hacer que el programa nacional para control de la diarrea fuera más participativo, sino también que conociera mejor la situación real, los obstáculos y los potenciales que existen en cada zona. Abunda la retórica sobre la participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de salud nacionales e internacionales, pero realmente hay pocos ejemplos funcionando. El programa piloto de Mozambique –por muy localizado y breve que resultara– es un ejemplo.

El programa fue diseñado para funcionar como sigue. En cada pueblo había cinco grupos de actores principales del programa para el control de la diarrea: visitadoras voluntarias de hogares, profesores, alumnos, madres y promotores de salud comunitarios. Las visitadoras de hogares –la mayoría mujeres que pertenecían a la organización política local de mujeres– recibieron una formación especial en el tratamiento casero de la diarrea. (En el programa piloto de Nampula las visitadoras eran capacitadas por un grupo de "monitores" –en este caso parteras– que, para poder ejercer como "multiplicadoras", habían sido formadas en el tratamiento de la diarrea y en métodos informales de *enseñanza basada en el descubrimiento*.) Todos los profesores de escuela primaria del pueblo eran también formados por el monitor para enseñar a los alumnos cómo actuar ante una diarrea.

El profesor pedía a todos los niños que cada mañana, antes de ir a la escuela, comprobaran si alguno de sus hermanitos tenía diarrea. Entonces, antes de empezar la clase, el profesor les preguntaba si alguno de sus hermanitos o hermanitas tenía diarrea ese día. A todo niño que contestase "sí" se le pedía que fuese enseguida a ver a la visitadora voluntaria que viviera más cerca de su casa, para informarle sobre el niño con diarrea y acompañarla a la casa del niño.

Entonces, la visitadora voluntaria orientaba a la madre del niño enfermo y al niño de la escuela sobre el manejo de la diarrea en el hogar: aumentar los líquidos y las comidas, y avisar a un promotor de salud si aparecían signos de peligro. Después, ella les ayudaba a preparar una bebida casera especial –una bebida de cereales o una bebida con azúcar y sal, según pareciese más fácil y apropiado.

Al regresar el alumno a la escuela, el profesor le pedía que ayudara cada día a cuidar al niño enfermo durante todo el episodio de diarrea. Todos los días se le solicitaba al alumno que informase a la clase de la evolución del enfermo. Toda la clase discutía el problema y preguntaban cómo estaba siendo tratado el niño con diarrea. Así, cada vez que un niño de la comunidad tenía diarrea, se reforzaban las lecciones básicas sobre cuidados caseros.

El profesor, con la ayuda de sus alumnos, registraba en un gráfico proporcionado por el Ministerio de Salud todos los casos informados de niños con diarrea y cómo habían sido tratados. El profesor también anotaba qué líquidos de rehidratación habían sido utilizados, cuánto había durado la diarrea, cuántos niños habían sido derivados al centro de salud y otros datos epidemiológicos.

El funcionario de salud del distrito recogía periódicamente esos registros de los profesores y enviaba los resultados al equipo de investigación para el Control de la Enfermedad Diarreica de la capital. Allí, la información se utilizaba para evaluar el planteamiento de acción comunitaria, así como para aumentar los estudios del país sobre

la diarrea. Además de este programa de tratamiento casero, cada aldea tenía una brigada comunitaria de salud, que se reunía periódicamente con el jefe del puesto de salud local para hacer revisiones, proporcionar formación adicional a las visitadoras y, donde era posible, extender el programa para incluir prevención de la diarrea (letrinas, agua potable, mejoras en la alimentación, etc.) y otros aspectos de la Atención Primaria de Salud.

La respuesta a este nuevo planteamiento del manejo de la diarrea basado en la comunidad/escuela/hogar fue muy positiva. Aunque los métodos y el enfoque eran nuevos para los profesores, se entusiasmaron por trabajar con una actividad que acercaba más la enseñanza a las vidas y necesidades de los niños y sus familias. A través de métodos participativos y de "aprender haciendo", veían cómo empezaban a aumentar la autoestima y la capacidad de los niños para resolver problemas.

Otro aspecto innovador de este programa piloto era que introducía métodos de rehidratación oral basados en las recomendaciones de las madres mozambiqueñas, haciendo hincapié en bebidas caseras basadas en cereales y otros alimentos. Este planteamiento de educación para la salud orientado al proceso –en lugar de un planteamiento de los servicios de salud orientado al producto– no sólo era liberador, sino que en cuanto a rentabilidad y sostenibilidad en el largo plazo, tenía el potencial de ser autoperpetuable. La gente suele recordar lo que aprende de manera activa.

Aunque hay costos iniciales asociados a enseñar y reforzar nuevas ideas y prácticas, éstos disminuyen con el tiempo. Por el contrario, la inversión en productos no reutilizables, como los sobres de SRO, nunca termina. A medida que un programa orientado al *producto* se expande, los costos van aumentando. A la inversa, cuando un planteamiento orientado al *proceso* evoluciona, llega un punto en el que los nuevos conocimientos alcanzan a un número crítico de personas. Al descubrir la eficacia de sus nuevos conocimientos, la gente los comparte con los demás, y los mensajes de salud toman su propio impulso y se difunden por sí mismos. Salvo para ocasionales actualizaciones, repasos y seguimientos, se necesita poco financiamiento nuevo.

En resumen, las pruebas iniciales del programa piloto para el control de la diarrea de Mozambique se mostraron muy prometedoras. Los ministerios de Salud y Educación se implicaron desde el nivel central al local. Aunque el programa había sido iniciado por ministros del gobierno, estaba basado en los consejos de madres de los pueblos que habían tenido éxito, y ejecutado por los niños y sus profesores, quienes también tomaron parte en una investigación epidemiológica importante. Muchos participantes sintieron que este programa piloto podía extenderse (con adaptaciones locales) por todo el país. No solamente tenía la capacidad de cubrir necesidades urgentes en el corto plazo de una manera muy eficaz, sino que también anticipaba la meta nacional en el largo plazo de un proceso de desarrollo participativo, mediante el cual el gobierno pudiera escuchar y responder mejor a las necesidades del pueblo.

Por desgracia, este planteamiento progresista de Mozambique para el control de la diarrea –a pesar del entusiasmo y éxito inicial– fue cortado de raíz. En vez de ser extendido por todo el país, tal como había sido planeado, fue suspendido después de sólo un año y medio. La cancelación del programa se debió, al parecer, a una falta de financiamiento y a la presión de funcionarios de la OMS, que estaban aparentemente disgustados porque el programa estaba dando preferencia a las bebidas caseras de TRO sobre los sobres de SRO, y les preocupaba que otros países del Tercer Mundo pudieran seguir el ejemplo de Mozambique en ese aspecto.[7]

Como tantas iniciativas diseñadas con y para las personas que tienen las mayores necesidades, este pequeño proyecto piloto encontró la oposición de los planificadores de alto nivel. Pero, aunque acabó antes de tiempo, el proyecto sigue siendo un ejemplo importante de cómo un programa iniciado por un gobierno puede tener un auténtico enfoque participativo que reúna intervenciones urgentes en el corto plazo con metas transformadoras en el largo plazo. Es excepcional que un gobierno favorezca este punto de vista. Nosotros estamos en contacto con docenas de iniciativas comunitarias de salud de todo el Tercer Mundo que, como la de Mozambique, intentan hacer frente a las necesidades más inmediatas de la gente de manera que también pongan los cimientos de un cambio social en el largo plazo. Pero la mayoría de esas iniciativas progresistas y liberadoras es puesta en marcha por pequeñas organizaciones no gubernamentales. Lo que hace a este ejemplo de Mozambique digno de mención es el hecho de que era una iniciativa interdisciplinar, en la cual un gobierno nacional escuchaba y trabajaba junto al pueblo. No es muy sorprendente que chocase contra la fuerte oposición de los planificadores internacionales.