Capítulo 7
El debate sobre la rehidratación oral: sobres de SRO o líquidos caseros

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

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

Glucosa (un azúcar elemental)	20.0 gramos
Cloruro sódico (sal de mesa)	3.5 gramos
Cloruro potásico	1.5 gramos
Citrato trisódico dihidratado	2.9 gramos
(antes bicarbonato sódico)	2.5 gramos [64]

Aunque la SRO estándar de la OMS/UNICEF se mezcla con un litro de agua, existen productos comerciales que requieren diferentes cantidades de agua, desde 200 o 350 mililitros hasta un litro. La fórmula también varía, y algunos productos añaden saborizantes. Aparte de la SRO en sobres, en algunos países se fabrica una fórmula equivalente en tabletas para disolver en un vaso de agua. SRO ya mezcladas y bebidas similares también vienen en botellas o en latas en forma de producto comercial caro. Sin embargo, en este libro, el debate se limitará a la SRO en sobres, que –con una fuerte promoción e inversión por parte de grandes instituciones como UNICEF y USAID– ha sido con mucho la de distribución más amplia.

En los primeros años de las campañas sobre TRO, los sobres de SRO eran manufacturados en países industrializados y enviados al Tercer Mundo. Se entregaban a los ministerios de salud, se distribuían por clínicas y puestos de salud, y la mayor parte se daba gratis a las madres. Pero, con el paso de los años y los recortes en los presupuestos de salud, la producción y la distribución se han comercializado cada vez más. Actualmente, se producen unos 400 millones de sobres de SRO al año, dos terceras partes de los cuales son producidos en 60 países en vías de desarrollo.[65]

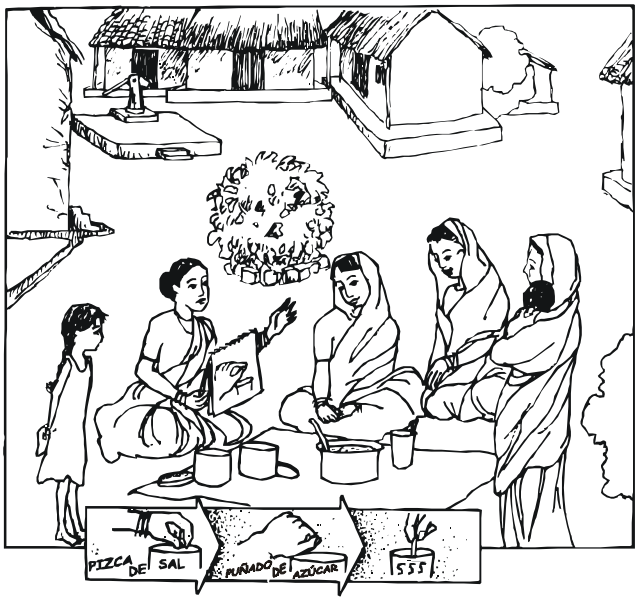
Los sobres comerciales de SRO usan a menudo términos médicos y mistificadores, junto a otros trucos publicitarios.

El UNICEF todavía suministra anualmente unos 80 millones de sobres, muchos de los cuales se producen en países industrializados y son exportados, principalmente a África.

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

Una de las primeras mezclas caseras, todavía muy usada –llamada SAS (Solución de Azúcar y Sal)– consiste en

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



La comida como parte de la TRO

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

Ahora reconocidas como una forma eficaz de TRO casera, las bebidas de rehidratación *basadas en alimentos* o *en cereales* son promovidas cada vez más, especialmente por parte de los programas basados en la comunidad. Pueden hacerse como un atole fino de arroz, maíz, papa o cualquier raíz o grano baratos que la familia tenga en casa. Los estudios muestran que las bebidas hechas con harina de arroz (y un poco de sal) no sólo rehidratan de manera eficaz, sino que, en algunos casos (principalmente en el cólera), reducen la diarrea y los vómitos mucho mejor que los sobres estándar de SRO o las soluciones caseras de azúcar y sal.[68] El papel que juega la comida y las bebidas basadas en alimentos se trata más ampliamente en los capítulos 9 y 10.

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

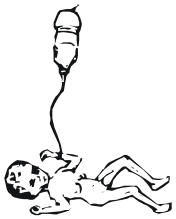
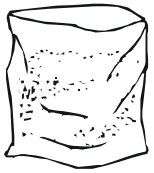
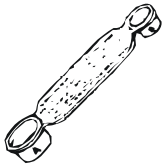
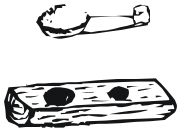
El debate sobre qué forma de TRO es la mejor, y por qué, ha evolucionado durante la última década. Aumenta la polémica sobre la relativa precisión o sencillez de los líquidos caseros, el contenido de la fórmula completa de la SRO y la preparación casera frente a la comercialización de las bebidas basadas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

Los promotores de los sobres

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

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

GAMA DE MÉTODOS DE REHIDRATACIÓN PARA NIÑOS CON DIARREA

suero intravenoso	solución oral comercial	sobres de "sales de rehidratación" para mezclarse en agua, hechos en laboratorio	bolsitas de sales preparadas en el centro de salud para mezclarse en agua	bebida casera hecha con cucharas de medir de plástico	bebida casera hecha con cucharas comunes y corrientes	bebida casera hecha con cucharas de medir hechas a mano	bebida casera con sal y azúcar medida con los dedos o de otra manera tradicional
							

MÁS DEPENDENCIA control en manos de Instituciones y profesionales

MÁS AUTOSUFICIENCIA control en manos de la familia

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Control y responsabilidad principalmente en las manos de profesionales, instituciones y laboratorios farmacéuticos

Medidas más precisas y "controladas" (cuando menos en teoría)

Más mágico, quizás se acepte más pronto, pero con menos comprensión

Más dependencia de la alta tecnología, de los recursos de fuera, de los servicios centralizados y de la política local e internacional

Más caro

Más fácil para reunir datos y para preparar estadísticas

Llega a menos gentes, puede ser difícil de conseguir

A veces causa demora en el tratamiento, porque se tienen que conseguir materiales especiales; el efecto es más curativo que preventivo

El enfoque está sobre los materiales y el abastecimiento (así que sube el precio cada año)

Quizás dé resultados mejores (con menos riesgos) en individuos que se traten a tiempo, pero el resultado total es peor, ya que muchos niños nunca reciben el líquido o se les da demasiado tarde

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Control y responsabilidad principalmente en manos de la familia

Medidas menos precisas, menos "controladas"

Más práctico y fácil de entender

Más autosuficiente, usa recursos locales (lo que se pueda obtener en casa o en las tiendas)

Más barato

Más difícil para reunir datos y preparar estadísticas

Llega a más gente, el abastecimiento es local y casi siempre posible

El tratamiento puede empezar a la primera señal de diarrea, más preventivo que curativo

El enfoque está en la gente y en la educación, así que la capacidad de las personas para curarse solas aumenta con los años (el precio baja)

Quizás lleve más riesgo en casos individuales debido a la posibilidad de errores al prepararla o darla, pero probablemente salve muchas más vidas, ya que llega a más niños más rápidamente.

Esta tabla que compara métodos que crean más dependencia con otros que promueven más la autosuficiencia está tomada de *Aprendiendo a promover la salud*, de David Werner y Bill Bower. Fue construida antes de que la importancia de las bebidas caseras basadas en cereales fuera completamente aceptada.

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

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

Los partidarios de las mezclas caseras

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

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

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

Políticas de TRO desde arriba y desde abajo.

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

EN CUANTO COMIENCE LA DIARREA, DÉ A SU NIÑO MAS LÍQUIDOS DE LO HABITUAL: DÉ:

- Solución de SRO
- Líquidos hechos con alimentos, como sopa, agua de arroz y yogur líquido
- Agua limpia
- Si el niño tiene menos de seis meses de edad y sólo toma leche de pecho, dé sólo SRO o agua limpia, además de leche pecho.

DÉ TANTA CANTIDAD DE ESTOS LÍQUIDOS COMO SU NIÑO ACEPTE

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

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

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

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

Aunque la OMS ha modificado alguno de los detalles en los últimos años, sus recomendaciones básicas han cambiado poco. En su "Selección de líquidos y alimentos para terapia casera para prevenir la deshidratación por diarrea: pautas para desarrollar una política nacional" de 1993, la OMS ha eliminado la solución de azúcar y sal de la lista de sus LCR (Líquidos Caseros Recomendados). Pero todavía favorece a la SRO:

> Cuando sea posible, debería promocionarse un líquido que contenga sal como, por ejemplo:
>
> - Solución de SRO
> - Bebida salada
> - Sopa salada
>
> La solución de SRO es muy eficaz como terapia casera para prevenir la deshidratación. Debería promocionarse si los sobres de SRO estuvieran disponibles fácilmente y fuesen asequibles, y las madres supieran, o se les enseñara, cómo mezclar y dar la solución de SRO.[73]

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

Uso irracional de las SRO

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

> El uso irracional de las medicinas para el tratamiento de la diarrea, según la OMS, se asocia a problemas tales como la desviación de la atención del tratamiento adecuado, costos innecesariamente altos del tratamiento y reacciones adversas. ¿No sería esta lista una buena descripción de las consecuencias de la promoción del uso irracional de la SRO en casa?
>
> Al hacerse evidentes las fallas de la SRO en casa, han aparecido unas pautas más racionales para el uso de la SRO. Sin embargo, un programa para el tratamiento casero de la diarrea seguirá siendo fundamentalmente irracional si parte de la base de que la SRO es la terapia ideal que debería usar-

> se siempre que fuera posible. La SRO no es necesaria en el hogar para la mayor parte de los casos de diarrea. Los líquidos caseros y las comidas pueden ser como mínimo tan eficaces, y son más sencillos y baratos. El uso racional de la SRO en casa supone limitarlo. [75]

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

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

Más tarde, a finales de los ochenta, el programa de la India cambió de forma radical. La SAS fue desacreditada, aparentemente por la incapacidad de las madres para recordar la fórmula exacta, así como por los problemas para acceder al azúcar y la sal. En lugar de hacer frente a estos hechos, por ejemplo mejorando la educación para la salud, el programa cambió su rumbo hacia la promoción de la SRO. La justificación de esta decisión fue publicada en 1990 por UNICEF en un libro titulado *Diarrhoea in Rural India* (*Diarrea en la India rural*).[77] Basado en un estudio sobre las dificultades y las ideas erróneas del Programa Nacional para el control de la Diarrea, proponía recomendaciones para un plan revisado. Éstas daban importancia al uso de líquidos caseros y leche de pecho en el tratamiento de la diarrea.[78] Pero se acentuó mucho más la necesidad de una promoción intensa de los sobres de SRO, incluso en el ámbito familiar:

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

El mismo planteamiento de *marketing* social basado en los sobres puede encontrarse en muchos otros programas nacionales para control de la diarrea que han recibido el toque del rey Midas de la USAID. Por ejemplo, el programa nacional de Egipto para control de la diarrea, al principio fuertemente financiado por la USAID, se ha centrado casi exclusivamente en una intensa distribución a gran escala de los sobres de SRO. Cuando USAID retiró su subvención para los sobres de SRO, su precio se disparó y su uso cayó en picada (véase p. 108).[80]

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

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

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

> Una instructora de promotores de salud de un programa de salud comunitaria de Kenia le contó a uno de nosotros (David Werner) cómo llegó a convencerse de que era mejor enseñar a la gente la TRO casera en vez de fomentar el uso de los sobres. Un día, cuando estaba visitando un puesto de salud rural, llegó una madre joven, exhaus-

ta tras un largo camino bajo el sol abrasador. En su espalda llevaba un bebé delgado envuelto en una manta. Había venido a pie desde una choza aislada en la sabana, a casi siete km de distancia. Explicó a la promotora de salud que había venido tan rápido como había podido, porque su bebé tenía "el estómago inquieto" y estaba muy enfermo. Suplicó a la promotora por la medicina dentro de un sobre de plata que salvaba vidas, que su radio decía que estaba disponible en el puesto de salud más próximo.

Cuando la madre destapó a su bebé, descubrió que el niño había muerto. Su arrugado cuerpo aclaró que había muerto por deshidratación. El largo viaje bajo el sol caliente había sido demasiado para él.

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

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

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

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

> En los años ochenta, en los municipios urbanos negros de Sudáfrica, el gobierno lanzó un programa de TRO basado en hacer disponibles los sobres de SRO a través de centros de salud y hospitales. En abril de 1988, uno de nosotros (David Werner) visitó una "clínica de día" en un municipio negro de las afueras de Durban. Cientos de personas estaban esperando su consulta. El promedio de espera era de tres a cinco horas. El pediatra, quien me dijo que veía más de 100 niños al día, reconoció que –aunque el personal tenía un sistema de *triage* para intentar detectar y dar una atención rápida a los niños gravemente enfermos– varios habían muerto de deshidratación mientras esperaban en la cola para ser vistos.
>
> Si se hubiese animado a las madres a preparar una bebida de rehidratación en casa, se podrían haber evitado muchas muertes. Además, las colas en el centro de salud habrían sido más cortas, y los pocos niños que no hubiesen tenido respuesta al tratamiento casero podrían haber recibido tratamiento con mayor rapidez.

Incluso en algunas áreas donde la SRO se promueve con insistencia, la falta de disponibilidad de los sobres de SRO es un problema importante. Un estudio financiado por USAID confirmó que la escasez de sobres es común incluso en países donde los respaldan programas a gran escala.[81] Un estudio de Honduras, por ejemplo, reveló que mientras el almacén central de la ciudad estaba saturado de sobres, los repartos irregulares causaban una grave escasez en las comunidades.[82] Las madres informaron de carencias similares en los campos de refugiados afganos de Pakistán.[83] Un estudio en la Bangladesh rural mostró que la mortalidad por diarrea estaba relacionada directa-

mente con la distancia desde las casas de los niños hasta la clínica más cercana; los niños que vivían a más de seis km de la clínica tenían una probabilidad tres veces mayor de morir que los de dentro de este radio. Los autores concluyeron que la tasa de mortalidad por diarrea podría reducirse de una de estas dos formas: mediante la construcción de centros de tratamiento cada cinco km por toda Bangladesh o, más factible, haciendo disponible la TRO en los hogares.[84]

Perspectivas económicas en el debate SRO-TRO

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

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

Por el contrario, los defensores de los sobres se preocupan más de los costos de producción y distribución del paquete. Estos costos afectan particularmente a los gobiernos del Tercer Mundo, obligados a recortar el gasto como parte del ajuste estructural (véase p. 117). Los planificadores de alto nivel han optado, de esta manera, por la comercialización de los sobres y los *sistemas de recuperación de costos*. Los partidarios de la TRO casera (incluso algunos partidarios de los sobres) critican tales medidas, porque cobrar a los usuarios por los sobres hace disminuir las tasas de uso de la SRO, a la vez que aumentan las pérdidas económicas y nutricionales de las familias con niños de alto riesgo. En muchos países, la privatización de la SRO ha puesto los precios fuera del alcance de las familias más pobres. Como advierte con cautela la OMS: "El precio de la SRO de producción local parece muchas veces excesivo en comparación con el precio del mercado mundial o el de la SRO suministrada por el UNICEF".[87]

El impacto de la SRO comercial en los pobres

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

En varios países de los que tenemos información, los bajos salarios pagados a los agricultores y trabajadores "no calificados" suponen que muchas familias pobres –que ya ganan demasiado poco para alimentar aceptablemente a sus niños– tienen que gastar entre una cuarta parte y una tercera parte o más de sus sueldos diarios por un único sobre de SRO.[91] En la India los sobres de SRO cuestan nada menos que siete a ocho rupias (50 centavos estadounidenses), cuando el salario mínimo es de 10 rupias al día. Muchos trabajadores ganan apenas cuatro rupias diarias (cuando pueden encontrar trabajo).

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

El problema del costo de la SRO para las familias se agrava por el hecho de que la diarrea ataca a los niños muy a menudo. La diarrea no sólo es una de las principales causas de muerte entre los niños, sino también *la enfermedad que tienen más a menudo los niños de las familias pobres*. Según algunos cálculos, los niños del Tercer Mundo menores de cinco años experimentan cada año de dos a cinco episodios de diarrea.[93] Los menores de tres años que

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

viven en áreas con malas condiciones higiénicas y sanitarias pueden tener de cuatro a ocho episodios por año, durando cada uno un promedio de una semana.[94] Se ha estimado que los niños del Tercer Mundo menores de tres años tienen diarrea más de un 10% del tiempo.[95] En algunas zonas esta cifra es más alta. Según la Organización Panamericana de la Salud, los niños bolivianos menores de cinco años tienen "de nueve a 12 episodios diarreicos cada año".[96] Un estudio en la Bangladesh rural encontró que los niños menores de dos años pueden tener diarrea entre un 16% y 17% del tiempo –o hasta 60 días al año–.[97] Esto significa que una familia con tres niños pequeños puede estar tratando a un niño con diarrea la mitad de los días del año. Un niño de cinco años con diarrea líquida severa puede necesitar dos litros o más de líquido de rehidratación al día. Intentar satisfacer esta enorme necesidad con sobres de SRO sería excesivo. Si una familia pobre tuviera que gastar una décima parte de sus ingresos diarios en cada sobre de SRO, esto supondría una tremenda carga económica.

Las familias pobres están condenadas tanto si actúan como si no. El alto precio de la SRO comercial significa que muchas veces simplemente no pueden permitirse comprar los sobres para sus niños, al menos no en suficiente cantidad para que supongan una diferencia que les salve la vida. Y si ellos *sí* compran los sobres, el costo puede afectar adversamente a la nutrición de sus niños e incluso a su supervivencia.

Con toda certeza, para las familias más pobres, el costo de la SRO puede ser una causa que contribuya a su baja utilización. El UNICEF aún parece ciego sobre este punto. En su informe el *Estado mundial de la infancia* de 1994 (p. 17) comenta:

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

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

¿Es sostenible el costoso éxito de Egipto?

El NCDDP (National Control of Diarrheal Disease Program o Programa para el Control Nacional de la Enfermedad Diarreica) de Egipto, que funcionó desde 1981 hasta 1991, ha sido citado muchas veces como la iniciativa de TRO a gran escala más exitosa del mundo. De hecho, los resultados fueron notables. Antes de que el programa comenzara, la diarrea era la primera causa de mortalidad infantil en Egipto. En el plazo de cinco años (1983-1988) la mortalidad por diarrea cayó un 58% para los menores de un año y un 53% para los niños entre uno y cuatro años.[99] Durante el mismo periodo (1982-1987) las tasas globales de mortalidad infantil y de uno a cuatro años cayeron considerablemente (36% y 43% respectivamente). La mayor parte de esta caída, según se informó, fue debida a la reducción de las muertes por diarrea, las cuales se dijo que representaban un 82% de la disminución total en las muertes de menores de un año y un 62% de la de las muertes de niños entre uno y cuatro años.[100] Una monografía reciente del programa proporciona evidencias detalladas de que: 1) la caída de la mortalidad –y en particular la de la mortalidad por diarrea– fueron hechos reales, 2) el tratamiento de casos mejoró lo suficiente como para justificar la mayor parte de la caída de la mortalidad por diarrea y 3) los cambios en otros factores que podrían contribuir al declinar de la mortalidad, como la resistencia del huésped o la incidencia de la diarrea, no justifican de forma convincente la magnitud de las reducciones observadas.[101]

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

El programa egipcio se financió con una subvención de 32 millones de dólares para diez años de la USAID, que colaboró con el Ministerio de Salud egipcio en el diseño del proyecto. El eje del proyecto era el uso de los sobres de SRO, también para el tratamiento casero de la diarrea. El programa fue promovido por todos los medios de comunicación: carteles, megáfonos, radio y anuncios por televisión machacaron los mensajes domésticos básicos sobre un amplio sector de la población. Además, durante 10 años la USAID subvencionó enormemente el precio de los sobres de

SRO; un "paquete de diez" sobres (teórica-mente suficiente para manejar un caso medio de diarrea infantil) le costaba a una familia menos de media libra egipcia (LE) (hasta un cuarto de los ingresos diarios de algunas familias).

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

Poco antes de que USAID se retirase, uno de nosotros (David Werner) visitó Egipto y discutió la situación con los directores de los programas. Éstos admitieron que la terminación del subsidio de los sobres de SRO y su venta al costo presentaban un dilema. Algunos de ellos dudaban si el promover los sobres no habría sido un error, que causaría problemas de costo, sostenibilidad y dependencia de un producto que podía no estar siempre disponible.[103]

Como era de esperar, cuando USAID recortó su financiamiento al programa en 1991, el precio del paquete de diez sobres de SRO se disparó a 1.50 LE, un costo poco realista para las familias egipcias que ganan apenas dos LE al día.[104] Como se esperaba, la tasa de uso de los sobres de SRO cayó de un 50% a un 23%, y la tasa de uso de cualquier tipo de TRO (SRO o líquidos caseros) descendió a un 34%.[105] Desde 1992 a 1994, el porcentaje de niños que recibían un tratamiento no apropiado con medicinas innecesarias para la diarrea aumentó desde un 54.2% a un 76%.[106]

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

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

Un informe presentado en una conferencia patrocinada por el Banco Mundial y la USAID[108] afirma que el pretendido éxito, incluso en sus momentos culminantes, del programa de TRO en Egipto puede haber sido exagerado. Lo que quizá es más importante, es que el estudio advierte que el descenso de la mortalidad infantil no se ha acompañado de mejoras sustanciales en la salud de los niños, su estado nutricional o su calidad de vida. Concluye que "la utilización de la mortalidad infantil o de uno a cuatro años como indicadores influye sobre las conclusiones extraídas. Deben ponerse en primer plano los indicadores de salud".[109]

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

Para situar el relativo éxito o fracaso del programa para el control de la diarrea en Egipto, es importante trazar comparaciones con países como Cuba o China, con tasas de mortalidad por diarrea en niños mucho más bajas (y una mortalidad infantil más baja en general). Parece haber

poca duda de que el programa más eficaz para reducir las muertes por diarrea no es el enfocado selectivamente hacia la TRO, sino hacia la satisfacción de las necesidades básicas de los niños, tanto nutricionales como de otro tipo. Es dudoso que esto pueda ser posible en un país pobre si no hay un compromiso completo con la justicia social. Los planteamientos basados en ese compromiso por la justicia se tratarán en la Parte 4.

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

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

Sin embargo, en las tres Conferencias Internacionales sobre TRO, según nuestros conocimientos, los principales oradores no hicieron referencia al impacto de los gastos familiares en SRO sobre la nutrición de los niños y, en último término, sobre su supervivencia. En cambio, se han hecho numerosos estudios que muestran el impacto negativo sobre la salud de los niños y su supervivencia de los gastos familiares en fórmulas infantiles, comida chatarra, cigarrillos, tónicos vitamínicos, medicinas innecesarias e incluso fármacos antidiarreicos (véase p. 127).[111] Pero, de los más de 1 000 artículos publicados sobre TRO,[112] ninguno (que nosotros sepamos) compara los precios de los sobres de SRO con los sueldos mínimos de los diferentes países, o investiga las formas mediante las cuales la promoción agresiva de los sobres de SRO puede contribuir a la desnutrición y las muertes infantiles. Tales estudios son necesarios.

¿El fin justifica los medios?

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

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

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

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

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

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

El "éxito" del *marketing*

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

Marketing social: utilización de las creencias religiosas y culturales para promover el uso de sobres de SRO.

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

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

Este argumento, sin embargo, contiene las mismas fallas que el propuesto por los autores de *Diarrea en la India rural*. Trata de justificar una estrategia que se aprovecha de las ideas equivocadas de los pobres en lugar de ayudar a disipar esas ideas. En vez de ayudar a romper el

hábito de malgastar el dinero para comida en productos innecesarios, lo estimula.

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

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

La solitaria postura de Zimbabue por la autosuficiencia

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

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

Incluso la OMS ha tenido que admitir que el programa para el control de la diarrea de Zimbabue ha sido extraordinariamente exitoso; su evaluación de 1992 encontró que el programa había conseguido "tasas de uso de TRO extraordinariamente altas".[120] La evaluación atribuyó en gran parte este éxito a la importancia dada en Zimbabue a las preparaciones caseras.[121] Sin embargo, el debate continúa, y parece que Zimbabue está cediendo a la presión. Una reciente revisión del Programa de Zimbabue recomienda la fórmula completa de SRO –hecha como un suero por la farmacia del hospital– para las personas deshidratadas hospitalizadas.[122]

La fórmula actual usada en Zimbabue es de seis cucharaditas rasas de azúcar y media cucharadita rasa de sal en una botella de 750 ml.