
contact



Publicación del Consejo Mundial de Iglesias

LA SALUD PARA TODOS

No **157**

Enero-marzo 2001
(impreso en Diciembre 2002)

LA SALUD PARA TODOS

- 2 Editorial
- 3 Introducción
¡Sigan el ejemplo....!
- 7 Entrevista
"No hay respuestas universales"
- 9 Análisis de situación
Los agentes de salud – catalizadores del cambio
- 11 Experiencia
Al servicio de la salud...
- 13 Los costos de la globalización
- 14 Problemas de la atención de salud en China
- 15 No hay que temer a los Goliats
- 16 Entrevista
Reemplacemos la participación por la capacitación
- 18 Actualidad
Promesas que habría que cumplir
- 20 Estudio bíblico
Jesús y la curación
- 21 Recursos
- 23 REDES
Publicaciones útiles, cartas y anuncios





El derecho a la libre determinación es un derecho esencial

Tenemos que redefinir la 'participación'

En su libro *Health by the People* (La salud es cosa de todos), Ken Newell describe estrategias innovadoras para la atención primaria de salud que suponen una acción de la comunidad. Newell señala que las comunidades pobres si-
túan rara vez la atención primaria de salud entre sus prioridades. De he-

cho, dan más importancia a problemas como los de la paz y la estabilidad, la seguridad alimentaria, el suministro de agua, la vivienda y la posibilidad de tomar ellos mismos las decisiones que los afectan. Y treinta años después la situación ha cambiado muy poco.

En este número de *Contact* se habla con algunas de las personas que en aquella época trabajaban en el ámbito de la atención primaria de salud, pero también se destacan programas actuales que demuestran la importancia de la salud como *cosa de todos*.

Según Halfdan Mahler, director general de la OMS durante el período de la Conferencia de Alma Ata, "*muchos países hicieron un esfuerzo, pero no se comprometieron a capacitar debidamente a sus ciudadanos, que era el núcleo esencial del concepto de atención primaria de salud. Las personas deberían tomar en sus manos su propia salud*".

Carl Taylor, que también estuvo profundamente comprometido en las tareas de la Conferencia de Alma Ata, explica que "*los profesionales de la salud que tienen tendencia a pensar que la salud depende de ellos, tienen que reconocer que la salud como cosa de todos constituye un elemento esencial del desarrollo*".

El Institut Panafricain de Santé Communautaire (IPASC) ha tratado de conseguir que la salud como cosa de todos se vea facilitada por una reformulación del perfil de los profesionales que trabajan al nivel de la comu-

nidad, de modo que sus cualificaciones correspondan a la definición local de la salud.

Un programa chileno de formación popular en materia de salud (EPES), lleva ya más de veinte años trabajando en pro de la salud y de la dignidad humana. El equipo de EPES está convencido de que la estrategia educativa de promoción de la organización y la participación de la comunidad, contribuye a mejorar las condiciones de la salud.

En diciembre de 2000 se celebró en Dhaka (Bangladesh) una Asamblea popular sobre la Salud (PHA), cuya finalidad declarada era "ver a las personas a las que nunca se ve, y escuchar las voces de los que nadie oye", demostrando así solidaridad con el objetivo de la salud como cosa de todos. Sukumar Muralidharan destaca aquí algunos rasgos fundamentales de la Asamblea, en la cual se reconoció la necesidad de ofrecer un foro a la masa creciente de personas desposeídas por el avance de la globalización.

Un médico maya kakchiquel, Hugo Icu, nos ha traído de Guatemala un ejemplo de salud que **no** es participativa. A su juicio, los indígenas guatemaltecos se ven enfrentados con la deshumanización de la salud, con la pérdida del derecho a la salud, con una situación en la que lo único que se valora es lo que uno paga.

La salud como cosa de todos es una cuestión que no afecta únicamente a los países en desarrollo. Miembros del Breckfield and Everton Community Health Action Group, de Liverpool (Inglaterra), hicieron una campaña para mantener abierto su dispensario local en un momento en que se estaban adoptando decisiones para cerrarlo.

La cuestión de la salud como cosa de todos nos conduce a las causas fundamentales de la pobreza y de la enfermedad, y nos alienta a nosotros (profesionales de la salud, iglesias, organizaciones no gubernamentales) a colaborar con las comunidades en sus esfuerzos por la justicia y en su lucha por la paz. Porque de lo que se trata es de *uno de sus derechos fundamentales: ¡el derecho a la salud!*



Portada

¿Aplastados por las cargas del desarrollo?

Crédito: Michael Lutzky/PNUD

Patricia J. Nickson

Redactora invitada

¡SIGAN EL EJEMPLO Y VERÁN LA DIFERENCIA!

LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA SALUD: ¿CÓMO FUNCIONA?

*La Declaración de Alma Ata de 1978 presentó "la salud para todos" como un objetivo que era posible alcanzar. Pero el constante incumplimiento por los gobiernos de sus compromisos ha hecho que, más de dos decenios más tarde, estemos todavía muy lejos de nuestro objetivo. Y una participación pública bien motivada parece ser ahora la mejor manera de salir de ese atolladero. En este sentido, **Grindl Dockery, Lyn Barry y Erica Hedley** nos explican aquí la forma en que, a su juicio, puede ahora la comunidad encontrar, unida, soluciones prácticas al problema. El Breckfield and Everton Community Health Action Group (BECHAG) de Liverpool (Inglaterra) hizo una campaña para mantener abierto el dispensario local de su comunidad en un momento en que, a puerta cerrada, las autoridades estaban adoptando decisiones encaminadas a su clausura. La tenacidad de ese grupo dio resultado y, aumentando su credibilidad, le permitió dar a conocer sus opiniones en el proceso de decisión.*

Cómo empezó todo

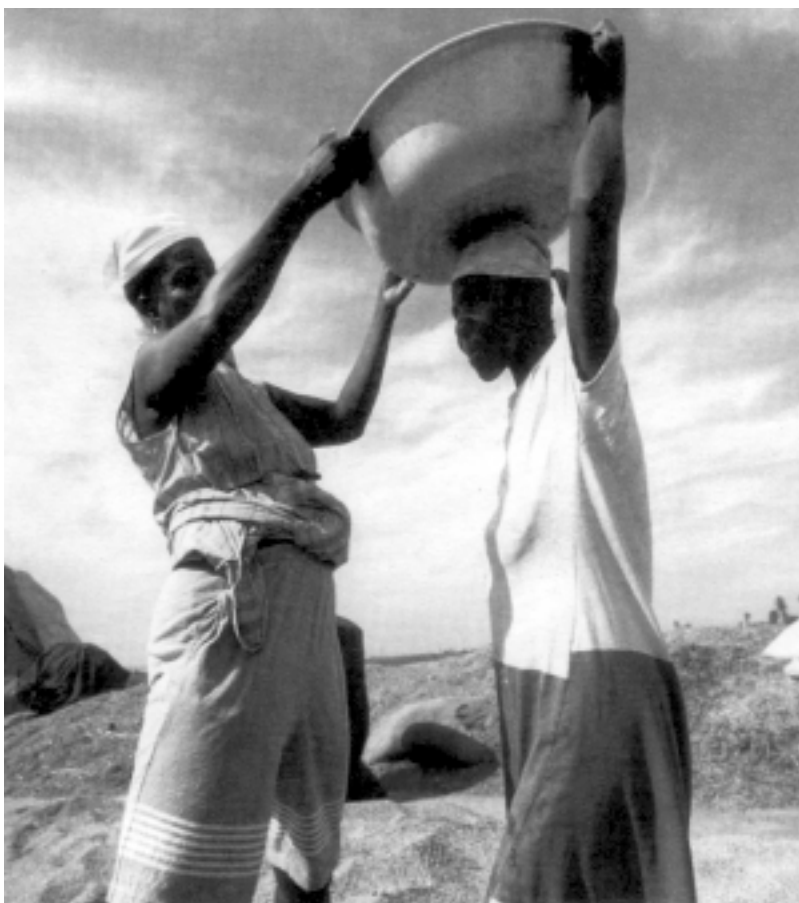
Nosotros iniciamos una campaña comunitaria para mantener abierto nuestro dispensario* local, cuya clausura estaba debatiendo, a puerta cerrada, la administración del Community Health Trust (CHT).

Las personas que acudían al dispensario vieron que habían cambiado los horarios y esos cambios dificultaban la coordinación de sus diversas consultas, dejaron en muchos casos de acudir al establecimiento. Entonces el Trust utilizó la excusa de la disminución de pacientes para cerrar el centro. Aquí había menos médicos generalistas que en otras comunidades, pero lo cierto era que la zona tenía algunos de los peores problemas sanitarios de la ciudad de Liverpool.

La primera reunión de nuestro grupo se dedicó a la organización de la campaña para impedir el cierre del dispensario comunitario. Tuvimos reuniones con la Dirección de Sanidad de Liverpool, con el Community Health Trust y con miembros de la población local. La Dirección de Sanidad autorizó a nuestro grupo a investigar las opiniones de las comunidades interesadas, investigación para la que obtuvimos fondos de la propia Dirección y de los Servicios de Voluntarios de la Comunidad, de Liverpool. Y designamos a un investigador independiente y dispuesto a ayudarnos en la investigación.

La investigación

La formación que habíamos recibido para llevar a cabo la investigación nos infundió la necesaria confianza y nos dio tiempo para conocernos unos a otros. Fueron tres semanas durante las cuales el equipo de investigación recorrió toda la zona, enterándonos acerca de



Peter Williams/CMI

En el compartir está el secreto

una cantidad de datos de nuestra propia comunidad que antes no conocíamos. Casi todas las personas con las que hablamos creían que el dispensario estaba ya cerrado, por lo que nosotros tuvimos que decirles que siguieran yendo y recurriendo a sus servicios, para impedir de ese modo su cierre.

Yo me uní al grupo organizador de la campaña porque me irritaba saber que la dirección tomaba decisiones en mi nombre de las que ni

La primera reunión del grupo se dedicó a la organización de la campaña para impedir el cierre del dispensario.

siquiera se me había hablado.

Afortunadamente hubo dos altos funcionarios de la Dirección de Sanidad que nos comprendieron y apoyaron y que, además, compartieron con nosotros algunos de sus propios problemas.

Metodología

El objetivo del método participativo es iniciar un proceso que permita la participación del grupo objeto de investigación, dotándolo además de cierta capacidad individual y colectiva de intervención.

El primer problema que se plantea a los que ayudan a organizar la investigación participativa es el de evitar "tomar el mando" para que sean los propios participantes los que hagan suya y dirijan la planificación y que efectúen la investigación por sí mismos. Del animador, los par-

logrará la participación de la población local en el proceso, quién tendrá la responsabilidad y el control de ese proceso, así como de sus resultados y en qué forma se dará cuenta de éstos (por ejemplo, en informes y en documentos académicos o profesionales).

El proceso

En nuestro caso se aplicó un marco de planificación sumamente práctico para facilitar la participación de todos y para que los miembros del grupo siguieran los progresos y propusieran o introdujeran los reajustes necesarios. Y, terminados el análisis y el informe preliminar, se preparó un cuestionario que, previo ensayo sobre el terreno, fue revisado por el equipo de investigación.

Para la encuesta se decidió interrogar en primer lugar a las personas que más utilizaban los

El primer desafío para los que colaboran en una investigación participativa es no dirigirla ellos mismos.



Peter Williams/CMI

Querer es poder

tipantes esperan, en efecto, no sólo una mayor independencia y competencia en relación con el proyecto, sino también un compromiso que garantice a todos la posibilidad de dar a conocer sus opiniones. (Por supuesto, en algunas situaciones pueden querer participar también gentes de fuera a las que lo único que les interese sea realizar sus propios objetivos.)

La población local tendrá siempre preguntas concretas que formular al animador antes del inicio de las actividades: preguntas sobre quién tomará las decisiones, qué experiencia y qué conocimientos tienen los expertos, cómo se

servicios de atención primaria en 50 calles elegidas al azar, y un máximo, además, de seis familias por calle. El grupo revisó después el informe, con comentarios, antes de presentar las conclusiones públicamente a toda la comunidad.

La participación

Terminada la investigación, el grupo preparó una nueva versión del informe para su presentación a la Dirección de Sanidad. Durante la investigación varios médicos generalistas se jubilaron, lo que significó una reducción aún mayor del número de facultativos a los que el

grupo podía consultar en el ámbito del estudio. La Dirección de Sanidad tomó la iniciativa de designar nuevos generalistas, proceso que los miembros del grupo aprovecharon para exponer a algunos de los candidatos, antes de las correspondientes entrevistas, las cualidades que, a su juicio, debían tener los médicos generalistas que trabajarían para su comunidad. Sin embargo, el equipo rechazó la invitación que se le hizo para asistir a las entrevistas - en las que estuvo sin embargo representado por el Consejo de Salud de la Comunidad - para evitar las críticas a que su asistencia podía dar lugar en la comunidad si los nuevos generalistas resultaban inaceptables, o si el proceso de planificación conjunta no respondía a sus expectativas.

Es éste un punto importante, ya que si bien tanto funcionarios como generalistas ven muchas veces el nombramiento de miembros individuales de la comunidad para formar parte de comités como procedimiento adecuado de garantía de la participación popular, muchas veces sus resultados distan mucho de ser positivos tanto para las comunidades interesadas como para otros miembros de los comités.

A continuación enumeramos algunos de los principales factores que, a juzgar por nuestra experiencia, son más importantes para pronunciarse sobre el significado y la realidad del concepto de "coparticipación".

La coparticipación supone e indica una igualdad entre los partícipes que se manifiesta en:

- Comunidad de visión
- Adopción común de decisiones
- Prioridades negociadas
- Deberes/obligaciones compartidos
- Respeto/confianza mutuos en cuanto a los conocimientos, aptitudes/capacidades, necesidades y limitaciones diferentes de cada parte
- Coparticipación real en el poder (¡esto es lo más difícil!)

Resultados

La experiencia de cinco años del grupo BECHAG permitió indicar algunos de los graves problemas con que tropiezan los proyectos comunitarios cuando se desea fomentar la coparticipación y garantizar su viabilidad. Debido a los éxitos del BECHAG en cuanto a dar prioridad a las necesidades de la comunidad es ya considerado como modelo de buena práctica de la participación comunitaria.



Peter Williams/CMI

¡La unión hace la fuerza!

El problema es que esa práctica, aunque buena, está en peligro de extinción por culpa del desaliento, la desilusión, la desmoralización y el agotamiento.

El resultado es que cada vez más recae el trabajo en menos personas a las que, además, no se retribuye. La realidad es que el trabajo realizado por un trabajador especializado y con experiencia lleva mucho menos tiempo que el de un voluntario sin formación en informática ni conocimientos de contabilidad, ni de teneduría de libros. Si queremos hacer participar a los residentes locales, tenemos que hacerlo utilizando los conocimientos que tienen, tales como el trabajo de red, y encontrando las necesidades reales de la comunidad, para, seguidamente, formarlos con miras a su colaboración y darles los medios para que puedan actuar.

Teniendo en cuenta el pequeño número de profesionales que viven en la comunidad y pueden dedicar tiempo a actividades voluntarias, necesitaremos personas capacitadas para llevar a cabo el trabajo administrativo que el público no ve. Nos referimos a la investigación,

El problema es que las 'buenas prácticas' se están abandonando, a causa del desencanto y la desilusión.



Un hospital necesita el apoyo de la comunidad.

la financiación, la preparación de solicitudes de fondos, la organización de las reuniones, etc., actividades todas que dejan a los locales el tiempo y el respaldo necesarios para contratar a otros locales, que militen en favor de la satisfacción de las necesidades y de la solución de los problemas en el ámbito local. Si la administración local y central quieren tomar en serio a la opinión local, no tienen más remedio que prestarle el debido apoyo.

Conclusión

A pesar de algunos resultados positivos de este estudio de caso, el proceso de participación comunitaria plantea a largo plazo importantes problemas que hay que tratar de resolver.

- ① Inicialmente, entablar relaciones, en lugar de asociaciones formales, entre las partes.
- ② Actuar con criterios realistas teniendo en cuenta las limitaciones y las posibilidades en materia de innovación y de creatividad que se aprecian en el sistema, o sea, en el Servicio Nacional de Salud (NHS por su sigla en inglés).
- ③ Reconocer y responder a las distintas prioridades/necesidades que, en materia de salud, se aprecian entre el sistema (NHS) y en las comunidades locales. En particular, cuando el sistema aporta recursos y da prioridad a un modelo médico de salud, más que a un modelo de salud integral.
- ④ Reconocer que el apoyo a la participación comunitaria depende en gran parte de la actitud individual, más o menos comprensiva, de los altos funcionarios de la administración, más que de cambios en el sistema.

- ⑤ Hacer frente a la falta de conocimientos, de comprensión o de interés que se aprecia en la actitud del NHS hacia el desarrollo sostenible.
- ⑥ Trabajar juntos para lograr entenderse y elaborar métodos de trabajo comunes. Las expectativas, de unos y de otros, son, a veces, poco realistas y eso influye en el tipo o en la calidad de las relaciones entre todas las partes interesadas.
- ⑦ Para evitar confusiones, es necesario cerciorarse con claridad y honestidad de lo que es y de lo que no es posible desde el punto de vista de la asignación de recursos, del nivel de participación de la comunidad que puede alcanzarse, y del papel que cada una de las partes debe tener en el proceso. También hay que ofrecer cursos de formación en el ámbito de la salud.
- ⑧ Los representantes a nivel local tienen que tener la posibilidad de estudiar y de dar su aprobación a la función que desempeñen las personas de fuera en las iniciativas comunitarias.
- ⑨ Es necesario tener en cuenta las funciones específicas de hombres y mujeres en las iniciativas comunitarias relativas a la salud y otros sectores sociales, contrariamente a lo que se hace generalmente.

Las mujeres son generalmente las más activas y dispuestas a colaborar en este tipo de trabajo, y la participación puede convertirse en una experiencia negativa cuando los principales voluntarios se ven sobrecargados por tratar de asumir demasiadas responsabilidades.

Grindl Dockery, c/o Liverpool School of Tropical Medicine IHD, Pembroke Place, Liverpool L3 5QA, Inglaterra.

* Adaptado por G. Dockery y K. De Koning (1994), de "Sustainability in Community: Planning Framework for Research and Development Projects, Policy Aims Secondary Data Themes/Categories Objectives Sub-issues/Checklist Informants Methods Notes/ Organization".



“NO HAY RESPUESTAS UNIVERSALES...”

*La defensa que aquí hace **Carl Taylor** de ‘la salud es cosa de todos’ está sin duda hasta cierto punto influida por su anterior experiencia de la India. Nacido en este país, de padres médicos misioneros, su posterior colaboración, en dos períodos de los años cincuenta, en un remoto hospital cristiano de la India, no hizo más que confirmar su convicción sobre la necesidad de promover el derecho de las personas a la libre determinación. Pionero del Departamento de Salud Internacional de la John Hopkins University de la que fue presidente durante 23 años, Taylor fue también representante de UNICEF en China a mediados de los ochenta.*



Carl Taylor

Contact: ¿Qué significa para usted lo de que “la salud es cosa de todos”?

Carl Taylor: Es difícil dar un buen ejemplo de un programa en el que esta afirmación resulte evidente, porque lo primero que tenemos que aclarar es lo que significa. En su libro *Health by the People*, Ken Newell consiguió ilustrar la definición con ejemplos tales como los de China y Jamkhed.

Aunque China es un ejemplo de la rapidez con que un modelo mundial puede venirse abajo cuando carece de la imprescindible estructura, el rasgo distintivo de ese país era la estructura jerárquica del régimen comunista, en el que las decisiones se tomaban de arriba a abajo; sin embargo, los políticos tuvieron la habilidad suficiente para exigir que, en la práctica, el sistema funcionara de abajo hacia arriba, de modo que, por ejemplo, cada colectividad local sufragara su propia asistencia sanitaria.

En cambio, el proyecto Jamkhed, el segundo ejemplo, en vez de fracasar como China, ha conseguido multiplicar los efectos positivos de su sistema. El componente esencial, en su caso, es la “autoayuda”, que fue desarrollándose mediante la formación y la experimentación. Este modelo de salud de base popular puede llegar a ser viable y contribuir a la ampliación de los programas. Uno de nuestros problemas principales, como expertos de la salud, es que siempre estamos buscando respuestas universales, cuando lo que tenemos que comprender es que esas respuestas no existen, ya que cada situación local es distinta.

Contact: ¿Pueden trabajar conjuntamente las organizaciones no gubernamentales, el gobierno, las iglesias y la gente?

Carl Taylor: Lo que se necesita es tanto un enfoque de arriba abajo (el gobierno) como

un enfoque de abajo arriba (la comunidad), pero también se necesitan influencias exteriores (los técnicos, muchas veces de las ONG o de programas relacionados con las iglesias) que establezcan relaciones entre los dos planos citados, superior e inferior. Análogamente resulta absurda la polarización entre la importancia de los agentes de salud locales y de los médicos. Lo que en realidad se necesita es que todos colaborem.

Contact: ¿En resumen significa eso que debemos adoptar lo que la OMS lleva ya tiempo defendiendo?

Carl Taylor: De ninguna manera. Yo, personalmente, no estoy de acuerdo con lo que se está diciendo en la OMS. Nosotros deberíamos ir más allá del modelo de atención primaria de salud que se propuso en Alma Ata. Yo era entonces uno de los dos consultores exteriores de la OMS, y pasamos dos años preparando los documentos de base para Alma Ata.

En el documento original nosotros hablábamos de los tres pilares de la atención primaria de salud, pilares que con frecuencia se olvidan. El primero era el de que son las instituciones las que deberían proveer los

La salud no es algo que pueda conseguirse sólo mediante las disposiciones del sistema sanitario



Autor anónimo



Peter Williams/CMI

La mejor ayuda es la autoayuda

Cuando consideramos los mejores ejemplos de transformaciones en el mundo, es evidente que las mujeres han desempeñado siempre un destacado papel.

servicios de salud, y estar al servicio de la comunidad (accesibilidad). El segundo pilar era la participación comunitaria, que, en la práctica, ha sido sustituida por la "manipulación de la comunidad", que no tiene absolutamente nada que ver con "La salud es cosa de todos". El tercer pilar, que también se sugería en el documento de Alma Ata, era el del "compromiso intersectorial". La salud no puede lograrse sólo mediante las disposiciones del sistema de sanidad, sino que es el proceso integral de todas las influencias que determinan "la salud como cosa de todos". Aceptado eso, no hay más remedio que separarse del marco de la OMS, que establece barreras en torno al sistema sanitario.

Contact. ¿Está usted desilusionado o satisfecho con los resultados de Alma Ata?

Carl Taylor: Siento desilusión. No por lo que sucedió en la Conferencia de Alma Ata, sino por lo que ha habido después. Alma Ata fue en 1978, pero en 1984 hubo un consenso, surgido del círculo de algunos organismos internacionales, para introducir "la Atención Primaria de Salud Selectiva", procedimiento de obtención de rápidos resultados, que atrae a la comunidad de donantes, pero que, debido a su enfoque vertical, tenía pocas probabilidades de ser viable. Yo creo firmemente en el método monofocal, pero sólo cuando viene a colmar un fallo en el sistema de salud existente. Y la mayoría de esos esfuerzos de carácter selectivo centrados en un determinado problema se han concentrado en la obtención de los resultados esperados y no en la creación de la infraestructura de atención primaria de salud.

Contact. Con la estabilidad y el desarrollo económico casi inexistentes en muchas regiones, es difícil mantener un sistema de asistencia sanitaria. ¿Cómo se consigue entonces hacerlo funcionar?

Carl Taylor: Yo también creía antes que esas condiciones eran necesarias. Pero he cambiado de opinión y ahora creo que las mejores oportunidades son las que se dan en tiempo de crisis. Hay un viejo proverbio chino que utiliza la palabra "waygee". "Way" significa crisis, y "gee" oportunidad.

Lo que tenemos que hacer es volver a la antigua sabiduría china y aprender que la crisis es la oportunidad que hemos estado esperando para poner en funcionamiento la atención primaria de salud.

Contact. ¿Preferiría usted poner la salud en manos de las mujeres?

Carl Taylor: Cuando consideramos los mejores ejemplos de transformaciones en el mundo, es evidente que las mujeres han desempeñado siempre un papel esencial, que favorece la sostenibilidad. Dar a las mujeres el poder de actuar y de trabajar en la comunidad es apostar por un empeño a largo plazo, aunque existe un obstáculo: el sistema sanitario. Son pocos los administradores de sanidad que están dispuestos a renunciar a su papel directivo, sobre todo para cedérselo a las mujeres. Cuando nos enfrentemos con esa realidad, es cuando realmente podremos hablar de la "salud como cosa de todos".

Contact. ¿Cómo podemos garantizar que se oigan las voces de las mujeres pobres, de las personas pobres en general?

Carl Taylor: No hay ninguna respuesta sencilla. Es evidente que los pobres deberían ser escuchados, y escuchados en todos los sitios. Y yo creo que lo que sí hemos aprendido es que para poder llegar a las mujeres más pobres y a los más pobres de entre los niños, hay que garantizarles primero, o permitir que recuperen su autoestima y su dignidad, hay que lograr que puedan actuar de forma efectiva para resolver sus problemas. Esta fue una de las grandes cosas que sucedieron en Jamkhed. Cuando las mujeres aldeanas, muchas veces analfabetas, iniciaron su formación, su primera preocupación fue mejorar su propia imagen. A los médicos es posible que no les guste recibir lecciones de aldeanas de las castas inferiores, pero algunos dicen que las mujeres han sido las mejores maestras que han tenido.

Contact. ¿Pueden las lecciones concebidas para todo un país adaptarse, simplificándose, para uso de pequeños grupos?

Carl Taylor: Espero que ahora sí sea posible, lo que hace diez años hubiera sido imposible. Antes los investigadores explotaban muchas veces a las comunidades y no pasaba nada, pero ahora, con la mundialización de la información las cosas han cambiado. Las comunicaciones ayudan a los pobres y éstos están empezando a aprender y a adaptarlas rápidamente a sus necesidades.

Carl Taylor es Profesor emérito de la John Hopkins University, 615 N Wolfe St Baltimore, MD, 21205 USA. Tel: 410-614-1419 Correo-e: ctaylor@jhsph.edu

LOS AGENTES DE SALUD - CATALIZADORES DEL CAMBIO

El Institut Panafricain de Santé Communautaire (IPASC), establecido en la República Democrática del Congo (RDC) en 1992, comprende ahora tres institutos en la propia RDC (Nyankunde y Bunia) y uno en la Costa de Marfil (Dabou).

Patricia Nickson escribe sobre el Instituto, que se inició como programa de formación destinado a mejorar la calidad de la asistencia a nivel de los centros de salud y se ha ampliado posteriormente para reducir la distancia que existe entre el trabajador de la salud, por una parte, y la comunidad, por otra, mediante su 'enfoque determinado por la comunidad'.

Un enfoque determinado por la cultura

Algunos dirán que la cultura y la libre determinación de la comunidad son obstáculos para la satisfacción de sus necesidades sanitarias. Otros ven a la comunidad y a su entorno como el contexto al que debe adaptarse la asistencia sanitaria. En las sociedades tradicionales, el clan era autosuficiente. Y en ellas se desarrollaba una microcultura que dictaba una forma de vivir que a su vez garantizaba la preservación del clan. La salud era una vivencia, que no quedaba reducida al bienestar del individuo, sino que estaba relacionada con la armonía y la responsabilidad dentro del clan y de la comunidad más amplia. Dentro de sus límites entraban problemas tan diversos como los de las malas cosechas, la sequía, la posesión demoníaca, la esterilidad, el sarampión o la 'mala suerte'.

Para conseguir que la Atención Primaria de Salud (APS) 'se ajuste a las formas de vida de la población a la que se presta', los agentes comunitarios de la salud tienen que ser capaces de reconocer esas 'formas de vida' y de comprender el contexto cultural. Los conceptos de salud, enfermedad y asistencia sanitaria deben ser considerados en sus recíprocas relaciones. Las prácticas tradicionales de curación y los procesos de adopción de decisiones relacionadas con la enfermedad deben ser respetados, y la definición de "familia sana" es esencial para comprender algunas de las necesidades sanitarias de la comunidad.

¿Hemos acertado?

La estrategia de la participación de la comunidad surgió como resultado del reconocimiento de las limitaciones del enfoque médico y del potencial de las personas corrientes para asumir la responsabilidad de su propia salud.

De la *participación de la comunidad* se ha hablado bastante, pero lo cierto es que en la



Peter Williams/CMI

Los servicios de salud deben adaptarse a las necesidades culturales

realidad esa práctica no ha dado resultados. El *enfoque de la atención primaria de salud* ha hecho hincapié en que dicha asistencia debe ajustarse 'a las formas de vida de la población a la que se presta', sin necesidad de imponer directrices, actividades y nuevos comités a la población. De hecho, ya llevamos más de veinte años de "participación (fallida) de la comunidad". Y ya es hora de recurrir a "*profesionales de la salud, que colaboren con la comunidad y que faciliten a ésta el logro de sus propios objetivos*".

Salvar las distancias

Gran parte de la asistencia sanitaria rural depende de la existencia de centros de salud, los cuales suelen estar atendidos por enfermeras formadas en los hospitales, cuyos su-

El enfoque propuesto para la atención primaria de salud insiste en que esa atención debe ajustarse a las formas de vida de la población, y no ser una imposición.



Peter Williams/CMI

pervisores son generalmente médicos, que pueden visitar o recibir a los pacientes que requieran un segundo dictamen. Esas enfermeras o esos médicos raramente se ocupan de las causas subyacentes de los problemas que están tratando de resolver, tales como la pobreza, la falta de higiene, las insuficiencias de técnicas agrícolas, los enfren-

de la asistencia proporcionada en los centros de salud con un 'enfoque centrado en la comunidad', formando profesionales sanitarios que respondieran a un nuevo perfil que fuera aceptable para el Gobierno de la RDC. Con este objeto se concibieron programas de estudios que prepararan a los estudiantes para desempeñar las funciones definidas por los perfiles. En febrero de 1998, el IPASC extendió su labor al África occidental, colaborando allí con MAP International.

La formación

El IPASC ha establecido una carrera de tres años y otra de cuatro en la RDC, y programas más breves en la Costa de Marfil, dirigidos todos ellos a la formación de profesionales de la salud en las comunidades. En todos se utiliza un método de enseñanza basado en la participación de los alumnos en el examen de los principales problemas, y en todos se hace hincapié en la importancia de las relaciones que deben existir entre los agentes de la salud y la comunidad, y en la ayuda que permita a la comunidad alcanzar sus propios objetivos. El programa incluye también materias tales como la medicina natural (etnofarmacología), la atención primaria veterinaria, la agricultura, la protección de las aguas, la solución de conflictos, la preparación para casos de desastre y la salud de los refugiados. La evaluación final de cada estudiante es efectuada, en el marco de su propio programa, por un miembro del personal del IPASC, el médico competente de su distrito y varios miembros de la comunidad. Con esta finalidad se organiza además, un año después del regreso del estudiante a su lugar de origen (y cualquiera que sea el país o la situación del/de la candidato/a), una visita de seguimiento.

Conclusión

El papel de la comunidad en la atención primaria de salud no puede considerarse como 'participación de la comunidad', a menos que los servicios sanitarios participen con esa comunidad en la consecución de sus objetivos.

En los nueve años de su existencia, el IPASC ha demostrado los beneficios que se derivan de una estrecha colaboración con los miembros de la comunidad en la búsqueda de soluciones para sus propios problemas sanitarios.

Dra. Patricia Nickson, IPASC, 89 Upton Park Drive, Upton, Wirral CH49, UK Tel: 44-151-708-9393 Correo: ipasc@liverpool.ac.uk

¿Pueden colmarse las diferencias?



UNICEF

tamientos que se dan en el seno de la comunidad, y los desastres naturales o causados por los seres humanos. El resultado es que la salud de la comunidad, de la que depende el estado sanitario de las colectividades rurales, urbanas o de refugiados, está frecuentemente descuidada.

Existe además una gran distancia entre la capacidad de los profesionales de la salud, formados en medio hospitalario (aunque también decididos a mejorar la salud de las comunidades), y la formación necesaria para responder a una definición más global de la salud. Hay que redefinir, pues, el perfil del profesional que trabaja a nivel de la comunidad, de modo que las cualificaciones correspondan, de hecho, a las que se requieren en la definición local de la salud.

El desarrollo de los recursos humanos

El *Institut Panafricain de Santé Communautaire (IPASC)* fue creado en marzo de 1992, al noreste de la República Democrática del Congo (RDC) para prestar sus servicios al África francófona. Su objetivo era mejorar la calidad

El papel de la comunidad en la atención primaria de salud no puede considerarse como 'participación comunitaria' a menos que se cuente con la colaboración de los servicios sanitarios.

AL SERVICIO DE LA SALUD Y DE LA DIGNIDAD HUMANA



*La Fundación Educación Popular en Salud (EPES), de Chile, ha hecho ya mucho camino. Iniciada por la Iglesia Evangélica Luterana de Chile (IELCH), cuando los líderes de las comunidades se veían amenazados por una cruel represión política durante el régimen militar del General Augusto Pinochet, EPES mantuvo con dignidad sus posiciones. Ahora que celebra veinte años de dura, pero satisfactoria labor en favor de "la salud y la dignidad", **Sonia Covarrubias** explica el éxito del programa.*

En marzo de 2002, EPES celebrará sus veinte años de labor en pro de la salud y de la dignidad. Aunque el contexto sociopolítico es distinto actualmente, los elementos básicos del modelo económico impuesto durante el régimen militar no han variado. Los servicios de salud y la seguridad social han sido privatizados, y los servicios sociales, antes orientados hacia el bienestar general, representan una importante nueva esfera de acumulación capitalista.

La lucha por los derechos fundamentales tales como el acceso a la asistencia sanitaria sigue constituyendo un reto en el Chile del siglo XXI. La salud ahora depende de la solvencia del usuario, y eso ha creado un profundo abismo entre la calidad de la atención sanitaria de que disponen los ricos y la que está al alcance de los pobres. Y esas diferencias se aprecian entre los diferentes sectores de una misma ciudad, o entre una ciudad y otra, así como en lo relativo a los distintos niveles de protección a que pueden aspirar los hombres y las mujeres.

Desde el punto de vista de la salud global, vemos que lo que en nuestro país se llama "desarrollo" se basa en el deterioro que se causa al medio ambiente, en la glorificación del éxito individual, en el debilitamiento del poder de negociación de los trabajadores

para obtener salarios adecuados, y en las deficientes condiciones de trabajo.

El proyecto de EPES

El enfoque educativo de EPES se expone en su declaración de misión, que consiste en "promover una estrategia educativa de la salud basada en la participación de las comunidades pobres..." que permita a las personas mejorar sus condiciones de vida.

Lo esencial de la labor de EPES ha sido la formación, la capacitación y el acompañamiento permanente de los grupos de salud comunitaria, integrados en su mayoría por mujeres, que reciben formación de agentes de salud de la comunidad. Los grupos así apoyados por EPES se han comprometido en una amplia gama de iniciativas para hacer frente a los problemas y a las necesidades relacionadas con la salud de sus comunidades, tales como la violencia en el hogar, los abusos sexuales contra los niños, el VIH/SIDA, la contaminación, la salud mental, la drogadicción, la sexualidad de los/as adolescentes, la menopausia y el cáncer de mama, entre otros.

Por otra parte, EPES ha preparado y distribuido material didáctico sobre salud y ha llevado a cabo estudios sistemáticos e investigaciones concretas sobre cuestiones



Marcelo Santibáñez P.

De las mujeres puede depender el cambio.

fundamentales de que se ocupa la propia institución.

EPES basa su trabajo en la idea de que la transgresión de los derechos fundamentales, es un problema político y social importantísimo y en el fomento de la organización de la comunidad para la defensa del derecho a la salud. Su política de educación se fundamenta en los principios acuñados por el educador brasileño Paulo Freire, entre los que recordaremos los siguientes:

- La educación nunca es neutral.
- El contenido de la formación debe ser pertinente para la situación de que se trate.
- Hay que tener siempre presentes las necesidades y los conflictos de las comunidades a las que se pretende ayudar.
- Es necesario plantearse los problemas para poder encontrar soluciones.
- La reflexión y la acción son inseparables. (Calvin y Toro, 2000)

Lecciones aprendidas

EPES se esfuerza sobre todo por mejorar las condiciones de salud de las mujeres. Para ello estimula los procesos de cambio tanto a nivel individual como de grupo, y hace hincapié en la necesidad de que las mujeres adquieran los conocimientos que les permitan tomar en sus manos su propia salud y la de sus comunidades.

Por otra parte, EPES cree que es importante:

- Ofrecer a la población en general una educación y una información precisas y

claras que respondan a sus necesidades.

- Trabajar con los servicios de salud a nivel local para promover mejoras y hacerlos más accesibles a la población.
- Crear un entorno positivo que contribuya al mantenimiento de conductas que den prioridad a la prevención en el ámbito de la salud y en el que la organización y la participación de la comunidad tengan un papel central.
- Configurar un modelo organizativo coherente con la misión, basado en los principios de democracia, justicia, eficiencia y participación, y en la cogestión de la institución.
- Mejorar los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los programas.

Habida cuenta de la actual reducción de la cooperación para el desarrollo que recibe Chile del exterior y de la disminución del número de ONG, el principal problema de EPES reside en su dependencia de la financiación internacional. Cada año el personal tiene que trabajar más para cubrir la falta de recursos financieros, situación que mina su moral y compromete el logro de los objetivos institucionales.

Organizaciones que realizan un trabajo directo con la comunidad, como EPES, deberían fortalecer su vínculo con coordinaciones regionales, nacionales e internacionales para promover el "derecho a la salud". Los problemas mundiales requieren una respuesta que esté arraigada en las necesidades locales, pero que tenga igualmente presentes las repercusiones de las políticas internacionales. Por otra parte, tenemos que fomentar iniciativas encaminadas a combatir la falta de respeto de los derechos de la persona. Y es necesario que EPES influya en las autoridades locales y encuentre soluciones tangibles a los problemas relacionados con la salud de las mujeres.

Nosotros seguimos creyendo que la idea de que *la salud para todos* no tiene por qué ser una utopía, sino que tiene que convertirse en realidad. La educación, la organización y la lucha por los derechos siguen siendo los medios indicados para transformar la conciencia humana y poner las necesidades y la dignidad de hombres y mujeres en lo más alto de la escala de las prioridades políticas.

Sonia Covarrubias, EPES, General Koerner 38, El Bosque, Santiago de Chile. Tel: 562-5486021, 562-5487617, Fax: 5625-486021. Correo-e: scovarrubias_epes@entelchile.net.



LOS COSTOS DE LA MUNDIALIZACIÓN

UN EJEMPLO DE LO QUE SUCEDE CUANDO LA SALUD 'NO ES COSA DE TODOS'



Peter Williams/CMI

Me llamo Hugo Icu y soy un médico, de origen maya kakchiquel, de Guatemala, en América Central. Los españoles fueron nuestros colonizadores y dominadores durante más de 500 años, y ahora el español es nuestra lengua nacional. Pero, como pueblo indígena, nosotros mantenemos nuestras propias visiones sobre la vida, la salud y los tratamientos médicos. De hecho, tenemos una rica historia de medicina tradicional, que nos hemos ido transmitiendo de generación en generación.

Vivimos en guerra durante más de 36 años, y la guerra nos dejó 150.000 muertos, 20.000 huérfanos y 60.000 viudas. Como resultado, nuestras formas de vida están desfasadas. Y, aunque nosotros hemos tratado de contrarrestar esos problemas estructurales, nos hemos visto derrotados a cada paso.

En Guatemala, los asesores del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y los sucesivos gobiernos han estado promoviendo la reforma de la atención de salud desde 1991. El BID ha sido la institución financiera más importante en cuanto al apoyo estratégico a los servicios de salud, pero ahora sigue los principios del Banco Mundial. Este cambio se inició en 1997 después de la firma de los acuerdos de paz, que propusieron una reorganización del sector sanitario.

El objetivo era privatizar este tipo de asistencia, y el gobierno del Presidente Arzu esta-

*La mundialización o globalización - que es la bandera del nuevo capitalismo - pone de relieve la capacidad de las empresas internacionales para mover sus inversiones a través del mundo. De ese modo crea riqueza para unos pocos y modifica la repartición del poder. Muchas veces causa también un debilitamiento del Estado y reduce el sentido de responsabilidad social. He aquí un reportaje de primera mano de **Hugo Icu**.*

bleció las nuevas orientaciones y redefinió las funciones del Ministerio de Salud y Seguridad Social. El nuevo "Código de la Salud" ofrece ahora servicios de atención primaria de salud a través del Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS), que es una red de agentes de salud voluntarios en régimen de contrato.

La población se divide en jurisdicciones de 10.000 habitantes, que son "empresas" ofrecidas a instituciones privadas. Los servicios prestados por estas entidades responden en principio a las necesidades determinadas verticalmente con asignaciones presupuestarias medias de unos 5 dólares por persona al año.

El actual sistema de salud es, por lo tanto, muy frágil. Porque si el voluntario falla, falla con él el sistema. La responsabilidad del Gobierno es además limitada y le permite reducir al mínimo las partidas presupuestarias asignadas a ese sector.

Por lo que respecta al contexto cultural, se ha hecho caso omiso de nuestros recursos y prácticas tradicionales. La mayor parte de las reformas son copias de los modelos chileno y colombiano. Por otra parte, el nuevo 'enfoque vertical' tiene en realidad poco que ver con nuestras necesidades.

Una nueva privatización de la asistencia sanitaria ha eximido al Estado de toda responsabilidad y ha preparado el camino para una desigualdad de acceso a los tratamientos. Ha introducido además peligrosas e invasoras prácticas de diagnóstico que destruyen las prácticas tradicionales. Por otra parte, el ansia de ganancias monetarias ha sustituido a nuestros valores étnicos y ha puesto en peligro las tradiciones de nuestra herencia maya, sustituyéndolas por los principios del individualismo y la competencia. Los Acuerdos de Paz de 1996 pusieron fin a las agresiones militares, pero nuestro pueblo sigue preso. La globalización ha creado una división y ha acentuado la pobreza y las disparidades entre nuestras gentes.



Peter Williams/CMI

GUATEMALA

Población indígena: 70%
Población total: 11 millones (de los que el 60% es pobre y rural)
Grupos étnicos: 234
Actividad principal de la población indígena: Agricultura de subsistencia
Acceso a la asistencia sanitaria: 55%
Tasa de alfabetización de población indígena: <50%

PROBLEMAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN CHINA



¡Viajar no es fácil en China!

Como en muchos otros países de Asia, la atención de la salud es en China un sector al que debería prestarse más atención. La China occidental se encuentra todavía en los albores del desarrollo y su deficiente sistema de transportes es una de las causas principales de la inaccesibilidad de la atención sanitaria. En muchas partes del país, para llegar al dispensario más próximo, es preciso recorrer de 300 a 400 kilómetros. He aquí un informe sobre la cuestión:*

Accesibilidad

En la China occidental uno de los principales obstáculos para la promoción de los servicios sanitarios, especialmente en las zonas rurales, es el factor de

la accesibilidad. La escasez de centros de salud y la distancia entre ellos no facilita, en efecto, las cosas, ya que el desplazamiento al dispensario más cercano puede representar un viaje de 300 a 400 kilómetros.

Existe, pues, la necesidad creciente de crear centros de salud en las regiones rurales del interior, en las que vive del 75 al 80 por ciento de la población. Medicinas básicas y servicios médicos preventivos, siguen estando fuera del alcance de los marginados y de los pobres. Además, es importante asegurar el suministro de agua limpia al 40 por ciento de la población rural, que carece de ella.

Los agricultores y los ganaderos de esa región —que es una vasta zona poblada en su mayoría por minorías étnicas que se ganan a duras penas la vida con cultivos de escaso rendimiento y con la cría de yaks y de cabras— padecen e incluso mueren de enfermedades que están controladas en las zonas relativamente desarrolladas de la parte oriental del país.

La situación actual

Aunque China ha tenido mucho éxito en la lucha contra la tuberculosis, la tasa de infección de esta enfermedad está aumentando ahora de nuevo en algunas provincias, y el número de enfermos se eleva a unos 6 millones en todo el país.

Por otra parte, China es el país con mayor número de ciegos del mundo, unos 5 millones, lo que representa aproximadamente el 18 por ciento del total mundial y es superior a la población total de países como Dinamarca,

Finlandia o Noruega. De hecho, se estima en unos 400.000 el número anual de chinos que se quedan ciegos como consecuencia de las cataratas. El rápido aumento de la cantidad de ancianos, el crecimiento demográfico, la falta de oftalmólogos bien capacitados y la ausencia de técnicas modernas de prevención y tratamiento de la ceguera, son algunas de las razones de esta situación.

Varias organizaciones no gubernamentales, entre ellas Amity Foundation y Christoffel-Blinden-Mission, están colaborando con la OMS y con el Ministerio chino de la Salud para apoyar activamente la atención en esta esfera.

El envejecimiento de la población

Para 2020 se prevé que la población del país se habrá elevado de los actuales 1.267 millones a 1.500 millones. Paralelamente se calcula que el número de chinos de más de 60 años aumentará del 90%, y llegará a ser de unos 240 millones.

Debido al envejecimiento de la población y al cambio de las condiciones de vida, las causas de enfermedad y de defunción empiezan a parecerse a las de un país desarrollado.

Nuevos problemas

Con la apertura de China al mundo exterior, el número de personas infectadas de SIDA se estima entre 5 y 10 millones. Por otra parte, aumenta gradualmente la contaminación del medio ambiente. En algunas zonas remotas y pobres, la población local padece de bocio, y hay aproximadamente diez millones de personas mentalmente discapacitadas. El objetivo de la "Salud para todos" sigue siendo un sueño lejano.

(Cortesía de Amity Foundation)

* Dispensario:

En Latinoamérica y en Chile, se conocen como consultorios o Centros de Atención Primaria de Salud.



Autor anónimo

NO HAY QUE TEMER A LOS GOLIATS

Los barones del petróleo dictan en todas partes la ley y tienen escaso respeto por el medio ambiente o por la salud pública. Para empeorar además las cosas, los actuales gobiernos han quedado reducidos a tigres de papel y muchas veces ayudan a esos Goliats mundiales acallando deliberadamente todas las voces de disenso. No obstante, el celo público puede contribuir bastante a enderezar muchas situaciones injustas. Sobre todo cuando las masas comprenden que la idea de 'salud para todos' no es simplemente una letanía, sino un derecho humano fundamental. He aquí un ejemplo:

El petróleo es y ha sido para Ecuador una de las principales fuentes de ingresos, pero también una causa de destrucción del medio ambiente. Desde 1972, empresas petroleras internacionales dirigidas por *Texaco* han extraído, en colaboración con la compañía de propiedad estatal *Petroecuador*, más de 2.000 millones de barriles de petróleo, principalmente de la región amazónica. Y en ese proceso, miles de millones de galones de petróleo y de desechos tóxicos han sido arrojados al medio ambiente.

Tuvieron que pasar más de veinte años para que el público perdiera su paciencia colectiva. Y cuando la perdió, ya no cabía la vuelta atrás. En 1994, un grupo de residentes y de campesinos de la región amazónica, que representaban a 30.000 personas afectadas, fue a Nueva York para acusar a *Texaco* de daños irreversibles al medio ambiente.

Para mantener la presión, en 1994, se estableció, con el apoyo de muchas organizaciones de indígenas y campesinos, el Frente de Defensa de la Amazonia (FDA), cuya misión era supervisar el procedimiento legal contra *Texaco*. Desde su fundación, el FDA ha organizado varios talleres sobre cuestiones medioambientales, ha preparado informes sobre los derrames de petróleo, ha formulado denuncias y ha convocado reuniones comunitarias para divulgar información.

Estas experiencias fueron acumulándose para formar la Red de observación del medio ambiente de la Amazonia ecuatorial

(RMA), que gran número de organizaciones no gubernamentales, tanto locales como nacionales, apoyaron para infundirle más vigor.

En 1994, el Centro pro Derechos Sociales y Económicos publicó un informe sobre los peligrosos niveles de contaminación petrolera de los ríos del noreste del Ecuador. En ese estudio se destacaban las altas concentraciones de hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) encontrados en las aguas que se utilizaban para beber, para lavarse, e incluso para pescar. Los niveles de contaminación eran con frecuencia de 10 a 10.000 veces más elevados que los límites permisibles fijados por el Organismo de Protección Ambiental de los Estados Unidos (USEPA). No contenta con esas conclusiones, la RMA dio un paso más, y en 1998 pidió al director del Instituto de Epidemiología y de la Salud de la Comunidad, Manuel Amunárriz, que ayudara a determinar las consecuencias de la contaminación petrolera en la salud de sus comunidades.

Ese estudio, conocido con el nombre de *Informe de Yana Curi* o 'el Oro negro en quechua', exponía hechos alarmantes que ya no se podían pasar por alto. En él se revelaba que mujeres que vivían cerca de los



Peter Williams/CMI

¿Y a quién le importa?

Veinte años necesitó el público para perder su paciencia colectiva. Y cuando la perdió, ya no cabía mirar hacia atrás.

pozos y las estaciones de petróleo, corrían el riesgo de sufrir irritaciones de nariz y ojos, así como dolores de cabeza y de garganta, diarreas, hongos y cansancio.

Por otra parte, el riesgo de que esas mujeres sufrieran abortos espontáneos era un 150% más elevado que el de las no expuestas a ambientes tan contaminados. Finalmente, la población expuesta a la contaminación por el petróleo durante varios años corría mucho más riesgo de tener cáncer o de morir de cáncer.

Las comunidades afectadas, junto con la RMA y grupos ecuatorianos de defensa ambiental, están ahora utilizando ese estudio para apoyar sus quejas sobre la contaminación del petróleo y los riesgos que implica para la salud. Y de la autenticidad del informe es prueba el hecho de que incluso los abogados contratados para luchar contra Texaco están utilizando este estudio como testimonio ante los jueces de los Estados Unidos.

No obstante, hasta el momento no ha habido cambios apreciables en las actitudes de las compañías petroleras ni en las del gobierno. La batalla no ha hecho más que comenzar y Goliat no es un enemigo corriente. Pero tampoco es corriente el pueblo de Ecuador...

Cortesía: Frente de Defensa de la Amazonia.



Peter Williams/CMI

REEMPLACEMOS LA PARTICIPACIÓN POR LA CAPACITACIÓN

*La apariencia exterior de **Halfdan Mahler** puede ser muy engañosa. Frágil, ligeramente encorvado bajo el peso de los años, de párpados arrugados, este hombre, de risa espontánea, no es persona a la que se pueda fácilmente engañar cuando se trata de la salud de la gente. A sus 78 años, el Dr. Mahler sigue encontrando tiempo para encabezar movimientos y conferencias, sea en Bangladesh sea en Ginebra, y es muchas veces la voz que no se puede ignorar. Contact habló con el Dr. Mahler en la Asamblea popular, que acerca de la salud, se celebró en Gonoshasthaya Kendra Savar (Bangladesh), del 4 al 8 de diciembre de 2000.*

He aquí un breve resumen de sus palabras:



Halfdan Mahler

Contact: Si usted pudiera reestructurar ahora la atención primaria de salud, ¿qué cambiaría?

HM: Escandinavia, el Reino Unido, los Países Bajos y Canadá plantearon todas cuestiones de gran importancia, pero entre los países en desarrollo eran muy pocos los que en realidad se habían comprometido en favor de la atención primaria de la salud (APS). Muchos países habían hecho esfuerzos, pero no habían adoptado el enfoque intersectorial ni el de la capacitación de la gente para que pueda tomar las decisiones que afectan a su salud, que son los elementos esenciales de la APS. El principio era el de que cada persona debía cuidar de su propia salud. Y en la Asamblea Mundial de la Salud yo sugerí que los recursos del presupuesto ordinario de la OMS se reservaran exclusivamente para conseguir que los países en desarrollo adaptaran la estrategia general de la APS a sus realidades

socioeconómicas. La respuesta fue positiva, pero no duró más de dos meses. A mí me gustaría que se diera más importancia a la capacitación de la gente, aunque hubo críticas duras en contra de la APS y en contra mía, personalmente, porque la APS nos privó a la mayoría de nosotros de poder y de autoridad, y convirtió programas tradicionalmente verticales en una nueva manera global de enfocar las cosas.

Contact: ¿Cómo veía usted el papel de las ONG y de los programas de las iglesias en el marco de la APS?

HM: Seré muy franco con usted en este asunto. Pese a mi propia relación traumática con la religión, reconozco que las ONG y la iglesia - y, en particular, la Comisión Médica Cristiana, del Consejo Mundial de Iglesias - fueron verdaderos agentes en el movimiento de la APS. Se necesita una 'actitud misionera' para ganarse la confianza de las gentes, para que éstas reconozcan que uno no está allí para imponer ideas. No obstante, no se puede ir a ningún sitio si no se está preparado para hablar de políticas a todos los niveles, desde el del consejo de la aldea

hasta el del gobierno del Estado, y en ese terreno la iglesia no ha estado siempre a la altura. De hecho, los actuales esfuerzos que realizan las iglesias en relación con la APS son por lo general políticamente ineficaces.

Yo creo que es esencial que la iglesia adopte una actitud mucho más de vanguardia y se pregunte en qué situación se encuentra ahora en relación con la salud. No sé qué reemplazará a la Comisión Médica Cristiana, que fue un gran éxito, y en la que colaboró un gran número de extraordinarias y carismáticas personalidades del mundo de la salud, pero en todo caso a mí me interesaría trabajar con los dirigentes de las iglesias para ayudarlos a comprender la esencia de la estrategia de la APS. Porque ahí considero que hay un gran potencial.

Contact: En 1975, la OMS se refirió a la necesidad de que la APS se adaptara a la cultura de cada lugar. Pero tres años más tarde, en la Declaración de Alma Ata, esa idea había quedado reducida a la de la 'participación de la comunidad'. ¿No cree usted que el concepto original se había perdido en aras de esa escasamente perfilada 'participación'?

HM: Estoy muy de acuerdo con usted, y por eso me embarqué sin dudarlo en el empeño de la 'capacitación', mejor en todo caso que esa 'participación'. La 'participación' tiene siempre un componente de manipulación, especialmente cuando va acompañada de la movilización social. Se manipulaba simplemente a la gente, para que aceptara la inmunización, o cualquier otra cosa. Por eso estoy de acuerdo con su reserva, que creo que es esencial para un buen entendimiento de la estrategia de la APS. Nosotros aceptamos la 'participación', porque fue durante mucho tiempo un concepto a la moda. Pero yo soy en gran parte de su opinión.

Contact: Habida cuenta de la situación política, ¿cree usted posible concebir una 'participación de los profesionales de la salud junto a la comunidad', que facilite a ésta la consecución de sus propias prioridades?

HM: Sí, y yo aceptaría gustoso esa fórmula, siempre que representara un comienzo de cambio. Yo creo que esta Asamblea de Salud de los Pueblos debería conducir a ese tipo de consideración. Una investigación interregional llevada a cabo por ONG y por programas de las iglesias debería determinar la conveniencia de redefinir el concepto de la 'participación' y la forma en que esa



Horizonte perdido...

redefinición se reflejaría respectivamente en los terrenos de la política y de la comunidad. En un comienzo no habíamos percibido este tipo de problemas porque entonces no había por parte de los países en desarrollo ningún intento serio de adoptar el concepto de la APS.

Contact: ¿Cómo pueden finalmente tenerse en cuenta las voces de la gente para influir en la política de las organizaciones internacionales?

HM: Sólo es posible si son las propias personas quienes lo hacen, y a este respecto es muy importante referirse a las "personas", y no a las "poblaciones".

La 'participación' tiene siempre un componente de manipulación, especialmente cuando está acompañada de movilización social.

(Las personas que entrevistaron al Dr. Halfdan Mahler en nombre de Contact fueron: Darlena David, Mary Murray y la Dra. Patricia Nickson)

El Dr. Halfdan Mahler, ex Director General de la Organización Mundial de la Salud, se graduó en Medicina por la Universidad de Copenhague en 1948 y obtuvo un título de posgrado en salud pública, en la misma universidad, en 1955. También ha participado durante muchos años en distintos programas contra la tuberculosis en América Latina y en Asia.



*La Asamblea de Salud de los Pueblos (ASP), que tuvo lugar en Dhaka del 4 al 8 de diciembre de 2000, fue consecuencia del sentimiento de desesperanza a que había dado lugar el ritual sin sentido en que se habían convertido los cónclaves de la Organización Mundial de la Salud. 'Salud para todos en el año 2000' - que era un objetivo claramente alcanzable - no se pudo concretar porque a los gobiernos les faltaba la voluntad necesaria para ello. La OMS se había convertido en muda espectadora de procesos mundiales que han negado toda perspectiva de progreso hacia ese objetivo. Sobre este tema reproducimos a continuación algunos comentarios fundamentales de **Sukumar Murlidharan**.*



Aunque es cierto que muchas conferencias internacionales han reconocido, sólo para la forma, la necesidad de ofrecer una plataforma a la masa cada vez mayor de "desposeídos por el avance de la globalización", pocas veces han tenido la resonancia que tuvo la Asamblea de Salud de los Pueblos que se celebró en el año 2000.

Mientras que los gobiernos faltaban constantemente a sus compromisos, al final de los años ochenta las altas esferas de la OMS comenzaron a inquietarse por la creciente divergencia que se registraba entre las realidades a nivel mundial y la promesa de Alma Ata.

De esa desesperanza nació una respuesta creativa basada en la convicción de que lo que realmente se necesitaba para conseguir los objetivos de la sanidad era una "intervención decidida basada en la movilización popular"

La Asamblea de Salud de los Pueblos, demostró de lo que era capaz y tomó la iniciativa de "ver a las gentes a las que

nadie ve y escuchar las voces de los que nadie oye", e instó al sector cada vez mayor de las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la salud y de la educación, a que hicieran presión sobre los gobiernos de todo el mundo para que éstos cumplieran sus obligaciones elementales.

Entre las personas que impulsaron esta primera iniciativa estaba el Dr. Zafrullah Chowdhury, cirujano de Bangladesh, cuyas contribuciones a una política sanitaria alternativa inspiran hoy la actividad de la red nacional de instituciones del Ganashasthaya Kendra (G.K.). Fiel a su actitud, el G.K. se ofreció para acoger la primera conferencia mundial de grupos comprometidos con la problemática de la salud. La necesidad de tener en cuenta las ideas y los objetivos específicos de los distintos participantes retrasó la iniciativa, y la APS 2000 se estructuró en una serie de reuniones paralelas en las que se examinó un gran número de cuestiones relacionadas con la salud. Los resultados de ese examen fueron seguidamente sometidos

a la consideración de los plenos, junto con estudios de casos de personas víctimas de situaciones que, de hecho, les negaban el acceso a los servicios básicos de salud.

Una serie de testimonios de los participantes ayudó a pasar de lo general a lo particular y a exponer las dificultades con que en esta esfera tropiezan los pobres.

La declaración de Alma Ata fue una de las iniciativas que en los años setenta tomaron los países más pobres para señalar sus preocupaciones concretas a la atención del mundo. El objetivo de la "salud para todos" fue de hecho reconocido como parte de un esfuerzo mucho más amplio destinado a instaurar un "Nuevo Orden Económico Internacional".

Sin embargo, aparentemente sin que lo supieran los autores de la declaración de Alma Ata, la "bomba de tiempo de la deuda" del Tercer Mundo amenazaba con explotar en el preciso momento en que en Alma Ata se redacta-

ba esa declaración. Y cuando efectivamente la bomba explotó en 1982, la consecuencia fue el abandono de todos los compromisos que se habían concertado durante todos los años setenta.

David Werner identificó la “macdonalización de la atención de salud” como el factor clave de la transición de “la salud para todos” a “la salud para nadie”. Y describió tres momentos decisivos en ese proceso de “deterioración progresiva”. El primero fue la decisión de abandonar la atención primaria de salud global en favor de un enfoque basado en objetivos más concretos. Esto significaba, según él, la “despolitización” del movimiento pro salud, cuando la declaración de Alma Ata lo que realmente buscaba era “una evolución social y estructural en dirección de la equidad como elemento principal del logro de la salud para todos”. El enfoque selectivo, por el contrario, “era un intento de utilizar unas pocas tecnologías elegidas para mejorar las estadísticas sanitarias, manteniendo al mismo tiempo todas las desigualdades sociales del statu quo”.

Un segundo asalto había sido la adopción forzada de políticas de reajuste estructural en el Tercer Mundo. Desde los primeros años ochenta, esas políticas eran una respuesta directa a la crisis de la deuda y representaban la privatización y la comercialización de los cuidados sanitarios, así como la erosión de la autonomía de las familias y de las comunidades.

El asalto final se produjo en 1994 cuando el Banco Mundial abordó, en su Informe sobre el Desarrollo Mundial,



Sesión de la ASP

el tema de las “inversiones en la salud” e inició una fase de activismo en ese sector.

Así pues, no es una sorpresa que el Banco Mundial no fuera muy bien visto en la ASP. Y, como era de esperar, la sesión más polémica de Dhaka fue aquella en la que Richard Lee Skolnik, entonces director de la división de sanidad del

Banco, trató de explicar los compromisos de su institución en ese sector.

E incluso cuando Skolnik insistió en que la política de reajuste estructural patrocinada por su Banco no era responsable del deterioro de los niveles de salud en los países en desarrollo, nadie quiso ni siquiera escuchar

lo que tenía que decir.

No obstante, él trató valientemente de explicar que la responsabilidad debía ser plenamente atribuida a las desastadas prioridades de los gobiernos nacionales, que seguían derrochando sus escasos recursos en subvenciones improductivas para los ricos.

David Legge, especialista australiano en economía política, puso de relieve la cruel ironía que representaban las recetas del Banco para lograr la “riqueza mediante el crecimiento”, recetas que podían reducirse a la de que el pobre sufriera ahora para poder tener mejor salud en un lejano futuro. El Banco, dijo Legge, no podía alegar que su tardío descubrimiento de la pobreza y la enfermedad lo absolvía de toda responsabilidad por las devastadoras consecuencias de los ajustes estructurales.

A este respecto la delegación de Cuba dio una nota más optimista cuando Hafdan Mahler resumió el éxito logrado por este país, a pesar del bloqueo económico establecido por Estados Unidos, con estas palabras: “Cuba es un lugar idóneo para una peregrinación de quienes militan en favor de la salud y que deseen estudiar cómo es posible establecer sinergias positivas entre todos los sectores que tienen alguna incidencia en la salud”.

Sukumar Murlidharan, de la India, fue uno de los participantes en la ASP de Dhaka.



JESÚS Y LA CURACIÓN

JUAN 4: 1-42

Gillian Paterson, autora de muchos libros, es actualmente encargada de las publicaciones religiosas en el Carell Publishing Group

Jesús observaba cómo vivía la gente y cuáles eran sus relaciones. Y les infundía confianza en sí mismos, incluso cuando los mensajes que recibían de su propia cultura y de su sociedad les decían que no servían para nada. Y los ayudaba a comprender que la salud y la integridad podía depender de ellos. Para qué crear comunidades de curación, les decía, no hacen falta personas con cualificaciones especiales ni lugares especiales.

La comunidad que se describe en este relato estaba situada en Samaria, y los samaritanos eran la casta inferior de Palestina. Ningún judío respetable iba a pedir nada a un samaritano, ni bebía agua de su vaso. Por otra parte, si las mujeres en general eran consideradas inferiores, 'la mujer del pozo', como se la llamaba, estaba particularmente estigmatizada por haber sido repudiada por varios hombres, quizá porque no podía tener hijos. Y, como resultado, se veía obligada a ir al pozo sola, en las horas de mayor calor, en lugar de ir, con las otras mujeres, bien de mañana, o a la caída del sol.

Jesús se enfrenta con el estigma

La actuación de Jesús en esta historia habría sido causa de asombro aun cuando la mujer no hubiera pertenecido a una raza o una casta despreciada. Porque él rompe de diversos modos con la cultura y la tradición. Para empezar, los judíos no querían tener nada que ver con los samaritanos, a los que ellos miraban como impuros. Por otra parte, los hombres judíos no mantenían conversaciones serias con ninguna mujer, y esa mujer precisamente, más que cualquier otra, era absolutamente intocable a los ojos de cualquier judío que se respetara. Y, al hablar con ella, al pedirle un favor, al beber de su vaso y al comentar con ella su vida sexual como si fuera algo que él entendiera y aceptara, Jesús estaba enfrentándose con toda una cultura de tabúes, de discriminación y de estigmatización.

Jesús, por otra parte, estaba también innovando en el ámbito de la teología. Porque los judíos creían que el poder de Dios sólo se manifestaba en determinados lugares santos, como los templos y las sinagogas. Y ahora venía Jesús diciendo que había llegado la hora de que Dios no se manifestara sólo en lugares especiales. Dios está presente en la vida diaria de las comunidades. Dios concede a las personas ordinarias el poder de cambiar las cosas, y de reconocer que sus propias vidas pueden convertirse en templo del Señor.

Llena de emoción, la mujer corre a la ciudad para decir a los suyos que vayan a ver a aquel viajero judío, que no sólo ha leído en lo más profundo de su corazón, sino que, además, dice que incluso los samaritanos son aceptables para Dios.

La curación y las gentes

¿Qué relación tiene este relato con nuestro trabajo?

- Jesús se niega a aceptar la estigmatización que humilla a las personas y a las comunidades. Hasta los más estigmatizados pueden convertirse en agentes de cambio.
- Jesús rechaza la idea de que el poder de curación de Dios necesite lugares y personas especialmente calificadas para manifestarse.
- Jesús nos asegura que él anhela ser nuestro amigo y que quiere utilizarnos, tanto como individuos como comunidades, *tal y como realmente somos*.
- Cuando las personas creen en sí mismas y aprenden a trabajar juntas, pueden convertirse en comunidades de curación.

Tema de reflexión

¿Qué factores prácticos, espirituales o psicológicos se oponen a que nosotros seamos, sea como individuos sea como comunidades, agentes de curación?

CONTACTOS

Para más información sobre la ASP, favor dirigirse a cualquiera de las siguientes direcciones :

Gonoshasthaya Kendra
PO Mirzanagar
Savar, 1344-Dhaka
Bangladesh
Correo electrónico:
phasec@pha2000.org
Website:www.pha2000.org

Nadine Gasman
Fuente de Emperador 28,
Tecamachalco CP 53950,
Estado de México, México
Tel:52-52-510283
Fax:52-52-512528
Correo electrónico:
gasmanna@netmex.com

PHA Secretariat
CI Roap,
250 Jalan Air Itam,
10460 Penang,
Malasia
Tel:604-228-6506
correo-electrónico:
phasec@pha.2000.org

PUBLICACIONES DEL CMI

Faith in a Global Economy

Rob van Drimmelen

Este libro, esencial para los cristianos, incluye claras explicaciones sobre las principales ideas, fuerzas y realidades de la economía mundial actual: globalización, comercio internacional, empresas transnacionales, finanzas internacionales, empleo y desempleo, recursos naturales, mercados y crecimiento.

1254-6, 170 págs. Publicado

en 1998. Precio: CHF15.00, USD9.95, GBP6.50. RiskBook Series, no 81.

God and the Goods

La economía mundial en la perspectiva de la civilización Bas de Gaay Fortman y Berma Klein Goldewijk

1264-3, 100 págs., 1998

CHF12.50, USD8.50, GBP5.50

Frente al aumento de la pobreza, a la destrucción del medio ambiente y a una desinte-

gración social cada vez mayores - frente a una crisis mundial cuyas raíces son espirituales y morales - este libro se interroga acerca de la enseñanza social que las iglesias cristianas pueden ofrecer. ¿Cuáles son los retos y las consecuencias de la mundialización para el cristianismo, y cómo puede el cristianismo coordinar su acción con la de otras religiones para poner freno a la actual crisis mundial?

Consejo Mundial de Iglesias

P.O.Box 2100

1211 Ginebra 2

Suiza

Tel: 41 22 791 6111

Fax: 41 22 791 0361

Correo electrónico:

publications@wcc-coe.org

PUBLICACIONES DE LA OMS

Una formación profesional más adecuada del profesional sanitario (Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la enseñanza orientada a la solución de problemas)

OMS, Serie de informes técnicos N° 838

Publicado en 1993, iv+30 págs. (E,F,I) ISBN: **9243208381**

Precio: CHF8, USD7.20 en los países en desarrollo CHF5.60. Order no 110 08 38

En este informe se estudian métodos para realzar la importancia de la formación de los profesionales de la salud como estrategia para mejorar la calidad de la atención sanitaria y facilitar el acceso a los servicios competentes. El informe, dividido en cinco secciones, se centra en las innovaciones que, en el sector de la formación, pueden facilitar y aumentar la eficacia de la formación y hacer de los graduados personas dotadas de los conocimientos teóricos y

prácticos más idóneos para hacer frente a los problemas prioritarios que se les planteen.

Health Promotion Research: Towards a New Social Epidemiology

Editado por B. Badura e I. Kickbusch

Publicaciones Regionales de la OMS, European Series, NO 37.

Publicado en 1991, x+131 págs. (I) ISBN 92 890 1128 9.

CHF78, USD70.20, países en desarrollo CHF 54.60. Order no 1310037.

Compilación de 21 estudios de situación que indican las formas en que la investigación en el ámbito de las ciencias sociales puede mejorar la comprensión de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad y trazar principios generales para la promoción de la salud. También se dan ejemplos de intervenciones concretas y se exponen sus resultados.

Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo

H. S. Dhillon y L. Philip

Publicado en 1994, vii+122 págs.(E,F,I) ISBN: **9243561677**
Precio: CHF. 25.-, USD22.50 en los países en desarrollo CHF17.50, Order no 1150411.

En esta publicación se explica cómo los instrumentos de promoción de la salud pueden servir para fomentar la acción comunitaria en esta esfera, para promover modos de vida saludables y para crear las condiciones conducentes a una buena salud incluso con recursos muy limitados. Destinado a las personas encargadas de tomar decisiones y de la planificación en materia de política sanitaria, el libro sirve tanto de exhortación a una intensificación de la acción como de útil manual de métodos prácticos que se pueden poner en práctica para hacer frente a toda una serie de problemas.

Organización Mundial de la Salud

1211 Ginebra 27

Suiza

Fax:41 22 791 4167.

Correoelectrónico:

austinm@who.ch

LISTA DE LOS ÚLTIMOS NÚMEROS DE CONTACT DISPONIBLES

Los pedidos que se reciban de países industrializados de determinados números atrasados o de cierto número de ejemplares de alguno de ellos se facturarán a razón de 3,50 francos suizos, o 2,50 dólares estadounidenses por ejemplar (gastos de franqueo incluidos). Esta lista es incompleta debido a la falta de espacio, pero pueden ustedes, si lo desean, solicitar una lista completa. Para obtener números anteriores pueden ustedes dirigirse a: Nanda Chandrasekharan, Equipo de Misión y Evangelización, CMI, 150 Route de Ferney, Apartado postal 2100, 1211 Ginebra 2, Suiza. Correo-e: fch@wcc-coe.org.

No. Fecha TITULO/AUTOR

- 130 11/1995 Combatir la Malnutrición - ¿Pueden ser eficaces las iniciativas comunitarias? - **K. Bailey, D. Morley, IBFAN**
- 131 1/1996 Crisis en la Financiación de la Salud - ¿Podemos pedir a las comunidades que paguen? - **EPES, D. Werner, D. Mukarji, C. Salem, E. Ombaka.**
- 132 3/1996 Alcoholismo y Drogadicción - ¿Cuál es la respuesta cristiana? - **J. Gnanadason, BLESS, Prisqueilas Peter and Darlena David Titus, HAIN.**
- 133 5/1996 Reconstruyendo la Paz - ¡Juntos podemos terminar con la violencia! - **Slapy Eskidjian, Anthony Zwi, Elizabeth Sele Mulbah, Natasa Jovicic, Eduardo Campaña.**
- 134 7/1996 Migración y Salud - Prestar asistencia a las personas que viven en nuestra comunidad - **Helena Moussa and Patrick Taran, Dr. Paola Bollin and Dr. Harald Siem, White Rakuba, Gabriela Rodríguez, Asian Migrant Centre, Rabia Chamoun and Aline Papazian, Mukami McCrum.**
- 135 9/1996 La Salud en el Norte - Aprendamos de las experiencias del Sur - **Christoph Benn, Daisy Morris, Kofi Yamgnane, David Crowling, Eva Ombaka.**
- 136 11/1996 Tradiciones de Curación - Encontrar respuestas en el evangelio y las culturas - **Guillermo Cook and Diana Smith, Eugenio Poma, Tara Tautari, Darlena David, Hakan Hellberg.**
- 137 1/1997 Comunidades Terapéuticas - **David Hilton, Erlinda Senturias, Ridus Dullaert, Paul-Hearmann Zellfeider-Held, Pierre Strasse, Michael Lapsley, Marion Morgan.**
- 138 3/1997 Ética y Salud - **Christoph Benn, Lucy Muchiri, Sally Timmel.**
- 139 5/1997** Los Pueblos indígenas y la Salud - **Erlinda Senturias, Maggie Hodgson.**
- 140 7/1997 Espiritualidad y Salud - **Hans Uko, Karin Granberg-Michaelson, David Gacengeci, P. Zacharias y S. Bhattacharji, Peter Bellamy.**
- 142 11/1997 La Creación de Redes - **Hari John, Kofi Asante, Catherine Hodgkin, Michael Tan, ACAN.**
- 143 1/1998 Sostenibilidad: Problemas de la atención relacionada con la iglesia - **Daleep Mukarji, Sigrun Mogedal, Kofi Asante, Pat Nickson, Marta Benavides, John M. Grange.**
- 144 3/1998 La Mundialización, ¿Qué significa para la Salud? - **Konrad Raiser, Diana Smith, María Hamlin Zúñiga, Sara Bhattacharji, Marion Morgan.**
- 145 5/1998 Atención de Salud: Prerrogativa de la comunidad. Experiencias en una zona rural del Camerún - **Patricia Nickson, Ruby N. Eliason, Protestant Church of French Polynesia and Hiti Tau, Rakiya Booth.**
- 146/147 7-9/1998 La Historia de la CMC - **Diana Smith, Gillian Paterson.**
- *148 11/1998 ¿Comercio o Salud? - **Eva Ombaka, James Love, Darlena David, Hans- Martin Hirt, Keith Lindsey, Gabriel Urgoiti.**
- *149 3/1999 Una Asamblea Jubilar. Programa para el Ministerio de Sanación - **Konrad Raiser, Darlena David, Christoph Benn, Erlinda Senturias, Patricia Nickson, Eunice Santana, Jonathan Gnanadaon, Gwen Crawley.**
- *150 7/1999 Enfrentar la Muerte y Descubrir la Vida ¿Cómo afirmar nuestra respuesta? - **Rainward Batian, Veronica Moss, Mary Grenough, Lazarus Koech, Peter Bellamy, Usha Jesudason, Elisabeth Schlunk, Christina de Vries.**
- *151 10/1999 La Reforma de Salud en China, ¿Da fortaleza a los más débiles? - **Wenzao Han, Shenglan Tang, Yu Qun, Fan Jie, Wang Jianshen, Zan Jianquin, Faye Pearson, Li Enlin, Chen Xida, Christoph Benn.**
- *152 12/1999 La Salud y la Curación en Tiempos de Violencia: curar el cuerpo y la mente y restaurar las relaciones rotas - **Genevieve Jacques, Marion Morgan, Nancy Massaquoi, Carolyn Boyd, Sigit Wijayanta, Christina de Vries, Laifungbam Debabrata Roy, Eva Ombaka.**
- *153 4/2000 El tabaco. ¡Un problema mundial requiere una respuesta mundial - **Judith MACKay, Derek Yach, Harley Stanton, Michael Crosby, Yussuf Saloojee, Way Alege, Lezak Shallat, Judy Wollen, Roberta Walburn.**
- *154 7/2000 Formas de Vida y Salud - **Darlena David, Christina de Vries, Jayaprakash Muliylil, E. Anthony Allen, Eric Ram, Mini Varghese, Thomas S. Best.**
- *155 9/2000 Fe y Curación - **Christoph Benn, David Larson, Claudia Wäehrisch-Oblau, Rev. John Pobee y Philomena N. Mwaura, Rev. HR felix y Beatrice Anderegg, Daniel Fountain, Owen Wiwa.**
- *156 12/2000 SIDA: La Desigualdad de Acceso a un Tratamiento Eficaz - **Manoj Kurian, Eva Ombaka, Reena Mathai-Luke, Elizabeth Benga-De, Gro Harlem Brundtland, Patricia Nickson, Nicci Stein, Rev Gideon Byamugisha.**

* Para solicitar estos números en español, pueden escribir a Fundación EPES - Chile: epes@entelchile.net

PUBLICACIONES ÚTILES

Communication and Reconciliation - Challenges facing the 21st century (Comunicación y reconciliación - Retos con que se enfrenta el siglo XXI). Publicado bajo la dirección de Philip Lee.

La exhortación a la reconciliación lleva consigo una exhortación a la comunicación basada en la franqueza, la persistencia y la sensibilidad. Los ocho ensayos que se incluyen en este libro exploran estos distintos enfoques de la comunicación en busca de la

reconciliación. Los ensayos proceden de distintos lugares del mundo, pero en todos ellos la idea central es la de la comunicación con rasgos humanos, la comunicación que refleja un verdadero interés por "el otro", que es nuestro prójimo.

Publicado por el CMI
ISBN2-8254-1341-0
Web: www.wcc-coe.org
Correo-e: publications@wcc.org

Communication and Reconciliation - Challenges facing the 21st century (Comunicación y reconciliación - Retos con que se enfrenta el siglo XXI)

CARTAS

Estimada directora: Recibo Contact desde 1986. Nuestro hospital participa en cierta medida en un sistema de atención de salud basado en la comunidad y nosotros hemos comprobado que en nuestra comunidad el alcoholismo es uno de los principales problemas. La mayoría de las familias se ven afectadas por él. Dada esta situación, para ayudar a la comunidad, hemos iniciado programas de sensibilización y asesoramiento.

Sabemos que estamos respondiendo a una necesidad y que Dios está bendiciendo nuestro trabajo. Al no poder encontrar material didáctico sobre el uso abusivo del alcohol y los estupefacientes, hemos impreso algunos folletos y hemos recurrido para ello al No. 132 de Contact.

Nuestro pedido de ejemplares de Contact ha sido de 500 ejemplares en inglés y 500 en swahili.

Y esperamos que lo que ahora le escribimos sobre nuestro trabajo sea un reconocimiento de lo que ustedes nos han aportado.

M Tarus Lekkerkerker

Encargado de atención de salud basada en la comunidad, Iglesia Reformada del África oriental, Departamento de Medicina, Plateau Mission Hospital, P.O.Box 724, Eldoret Plateau, Kenya.

Estimado Tarus,

Es para nosotros una satisfacción saber que Contact es para ustedes algo más que una revista de medicina. Contact trata de ser, como su propio nombre lo sugiere, un punto de contacto para el intercambio de información. Nosotros tratamos por todos los medios de divulgar esa información y de completarla con datos experimentales de modo que los agentes locales de la salud puedan aprovecharla sobre el terreno. Su carta es una inspiración para todos nosotros. ¡Continúen su meritoria labor y sigan leyendo Contact!

La jefa de redacción

Llamamiento de *Contact* a la solidaridad

Contact está creciendo, enfrentándose con los retos de la regionalización y reforzando la red de agentes de salud.

¿Pueden ustedes ayudarnos? Una donación de sólo 10 dólares/8 libras esterlinas/460 rupias permitirá a un agente de salud más recibir gratis nuestra revista.

Pueden ustedes enviar sus contribuciones al Fondo de Solidaridad de *Contact* (remítanse también a *Contact*, por favor, en su carta de acompañamiento):

1. Consejo Mundial de Iglesias

Para francos suizos:
Union de Banques
Suisses (UBS), CH-1211,
GINEBRA 2, Suiza.
Cuenta N°:
240-695.149.00A

Para dólares EE.UU.:
Union de Banques Suisses
(UBS), CH-1211,
GINEBRA 2, Suiza.
Cuenta No.:
240-695.149.60X

2. Christian Medical Association of India

Para dólares EE.UU.: SB
4790 (a favor de "Christian
Medical Association of
India"),
Syndicate Bank, Janakpuri,
Nueva Delhi 110 058.

Para rupias: SB 17999,
Indian Bank, A-3 Local
Shopping Centre,
Janakpuri,
Nueva Delhi 110 058



Autor anónimo

ANUNCIOS



Achieving Results: Brazil's Strategic Response to the AIDS Epidemic (Balance de resultados: Respuesta estratégica del Brasil a la epidemia del SIDA), 9 de octubre de 2001. Organizada en el marco de la serie de seminarios técnicos sobre aspectos científicos de la gestión de la salud, esta reunión forma parte de una serie que se celebra en el National Press Club, 529, 14th Street NW, Washington, Estados Unidos de América. En estos encuentros, sobre cuestiones de interés inmediato, miembros de la comunidad internacional tendrán la oportunidad de escuchar las opiniones de diversos expertos internacionales en cuestiones de salud.

Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 8-12 de abril de 2002: Con miras a esta Asamblea, que se celebrará en Madrid (España), la Secretaría de las Naciones Unidas ha iniciado ya los preparativos para los debates que en ella se dedicarán a la Estrategia a Largo Plazo que se propone para el enfoque de tan importante problema. Estén atentos a ulteriores informaciones.

Para recibir un ejemplar de *Contact* en español o en francés, sírvanse dirigirse a:

Español

Fundación EPES
General Koerner 38
El Bosque, Santiago, Chile, o
Casilla 100, Correo 14
La Cisterna, Santiago, Chile
Tel: 56 2 548 6021
56 2 548 7617
Fax: 56 2 548 6021
Correo-e; epes@entelchile.net

Francés

IPASC-AO
01BP 1658, ABIDJAN 01
Costa de Marfil
África Occidental
Tel: 225 2038 1114
225 2357 4048
Fax: 225 2038 1144
Correo-e; ipascao@globeaccess.net



Celebración del 75 aniversario de la CMAI, 8 a 10 de noviembre de 2001: La Asociación Médica de la India (CMAI), celebró sus 75 años de servicio a los enfermos y a los marginados, con ocasión de su Segunda Conferencia Bial que se celebró en Nueva Delhi, y reunió a miembros procedentes de distintos lugares.

Contact trata diversos aspectos de la participación de las iglesias y las comunidades en el ámbito de la salud y se esfuerza por informar sobre iniciativas actuales, innovadoras y valientes de la promoción de la salud y la curación.

Contact es una publicación trimestral del Consejo Mundial de Iglesias (CMI) en español, francés, inglés y portugués. Resultado de una colaboración entre el propio Consejo Mundial (CMI), la Asociación Médica Cristiana de la India (CMAI), el Instituto Alemán para las Misiones Médicas de Tübingen (DIFÄM) y la Secretaría de Coordinación Médica de los Países Bajos (MCS). Su tirada actual es de unos 15.000 ejemplares.

Los artículos pueden reproducirse libremente a condición de que se cite como fuente a: *Contact*, publicación del Consejo Mundial de Iglesias. En el primer número de cada año se publica, en las diferentes versiones en los distintos idiomas, la respectiva lista completa de los números anteriores de la revista.

Comité de Redacción: Christoph Benn, Christina de Vries, Elizabeth Moran, Patricia Nixon, Sonia Covarrubias y Reena Mathai-Luke. En relación con este número agradecemos la colaboración de Miriam Reidy-Prost,

Catherine Alty Jenny Roske. Jefa de redacción: Raena Mathai-Luke; diseño gráfico: Indira Mark; lista de lectores que reciben la revista: Indira Mark. Impreso por Impulsive Creations.

El costo medio de producción y envío de cada ejemplar de *Contact* es de US \$2.50, lo que representa un total de US \$10 por cuatro números. A los lectores que puedan permitírselo se les ruega encarecidamente que se suscriban a *Contact* para cubrir esos costos.

Christian Medical Association of India, 2, A-3 Local Shopping Centre, Janakpuri, Nueva Delhi 110 058, India. Tel: 91 11 559 9991/2/3, 552 1502. Fax: 91 11 5598150. Correo-e: subscribe@cmai.org

Contact puede leerse también en el sitio Web del Consejo Mundial de Iglesias: <http://www.wcc-coe.org/wcc/news.contact.html>

La versión en español de *Contact* está siendo producida y distribuida por **Fundación Educación Popular en Salud (EPES)**, en colaboración con Colectivo Con-spirando.

Toda correspondencia puede ser dirigida a:
EPES, General Korner 38. El Bosque, Santiago, Chile.
Fono: (56-2) 5487617; Fax: (56-2) 5486021.
Correo electrónico: epes@entelchile.net