

Imposición de los programas de vacunación a los países del Sur

Debabar Banerji (doctor en Medicina, antropólogo) *

IMPOSITION OF VACCINATION PROGRAMS IN SOUTH COUNTRIES. BANERJI D.

Keywords: Epidemiology, Third World Health, WHO, Social Medicine

English Abstract: The Alma-Ata Declaration in 1978 was a triumph of public health for the

poor countries. It recommended the creation of sanitary system from the study of the population itself, avoiding the technological pre-manufactured programs from the North. The rich countries reaction was the application of a global vaccination program sponsored by

UNICEF and WHO of eradication of the diphtheria, tetanus, whooping cough, polio, measles and tuberculosis diseases. In fact, it was a technological centered program adopted without the consideration of the six diseases problems and the real needs of population.

En Alma-Ata, 1978, los pueblos más oprimidos del mundo consiguieron un logro histórico en materia de salud pública. La Declaración de Alma-Ata recomendaba un nuevo enfoque para conseguir que todas las categorías de población del mundo tuviesen acceso a servicios integrados de salud. La especificidad de aquella declaración residía en recomendar servicios sanitarios elaborados a partir de las poblaciones autóctonas, en lugar de programas tecnológicos «preempaquetados». Se tenía en cuenta que el ancla de salvación de los servicios sanitarios consiste en la capacidad de la gente para hacer frente a sus problemas de salud, y que tales servicios deben contribuir a promover la autonomía de las comunidades, estar controlados por el propio grupo social, y formar parte de una acción más amplia, intersectorial, en el campo de la salud.

Como era de esperar, la reacción de los países ricos frente a esa temeraria declaración de independencia por parte de los países pobres fue fulminante e inmediata. Utilizando su habitual estilo condescendiente, tecnocéntrico y creador de dependencia, propusieron lo que se dio en llamar «Cuidados Sanitarios Primarios Selectivos», expresión que constituía una contradicción de términos.

Aunque esa idea carecía visiblemente de base científica, recibió el apoyo inmediato de la UNICEF, que siguió el juego a los países ricos lanzando lo que denomi-

no «Revolución para la Supervivencia del Niño», concentrando sus esfuerzos en el control del crecimiento, la rehidratación oral, la lactancia materna y la vacunación (programa G.O.B.I en siglas inglesas); más tarde se añadieron programas de nutrición, de planificación familiar y de alfabetización de las mujeres, y así apareció el G.O.B.I.-F.F.F.

Entusiasmo internacional

Una de las más prestigiosas publicaciones médicas de mundo, el «New England Journal of Medicine», decidió publicar un artículo sobre los mencionados Cuidados Sanitarios Primarios Selectivos, lo cual resultó sorprendente dada la increíble carencia de las más elementales bases científicas de este programa.

La OMS y la UNICEF estaban acostumbradas a recibir un flujo de buena voluntad ganado entre las poblaciones más pobres del mundo, y en esta ocasión lo utilizaron para promover el mencionado programa de Cuidados Sanitarios Primarios Selectivos; un bonito ejemplo de cómo se desvía el conocimiento para servir a los intereses de los más poderosos.

Numerosos especialistas eminentes de distintas partes del mundo expresaron su profunda inquietud frente a ese intento evidente de dar marcha atrás a los acuerdos adoptados en Alma-Ata. Un grupo de cuarenta especialistas en salud pública, reunido en el Instituto de Medicina Tropical de Amberes en 1985, se declaró

totalmente opuesto a ese enfoque selectivo.

Tras esa declaración, la revista «Social Science in Medicine» publicó un número especial sobre cuidados sanitarios primarios (nº 9, vol. 26, 1988), planteando importantes interrogantes en relación al valor (consistencia) de un enfoque selectivo; sin embargo la inmovible OMS se unió a la UNICEF para volverse aún más selectiva en su enfoque, al transformar su anterior Programa Ampliado de Vacunaciones en un programa global con plazo fijo (1990), que tenía por objetivo controlar seis enfermedades contra las que existía vacuna —difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis— aspirando incluso a eliminarlas de la faz de la Tierra.

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó también una resolución, claro está, en la que se comprometía a apoyar un programa para la eliminación de la poliomielitis (OMS, 1987). No deja de ser irónico que precisamente los dos organismos que habían apoyado la Conferencia de Alma-Ata se volvieran fanáticos defensores de campañas masivas sobre enfermedades concretas. Adoptando una actitud muy cómoda para ellos, no tuvieron en cuenta ninguna de las lecciones a aprender de las anteriores campañas masivas de los años 50 y 60.

Sorprende constatar que unas críticas tan consistentes, fundadas en un análisis científico de los hechos, no tuvieran ningún impacto en los responsables.

Imponer el programa a las poblaciones

La UNICEF organizó una campaña publicitaria masiva para «lanzar» el «producto social» de la supervivencia de los niños de los países pobres. El marketing social simbolizó todo el programa. La iniciativa conjunta UNICEF/OMS, que se beneficiaba del apoyo de algunos países del Norte y de entidades de voluntarios como la Fundación Rockefeller y el Rotary International Club, presentaba las siguientes características inquietantes:

1) Imposición: un programa que fue impuesto a los pueblos del Sur por el Norte, lo que constituye una fuerte contradicción a la Declaración de Alma-Ata.

2) Tecnocentrismo: un programa de carácter tecnocéntrico cuyo postulado básico es que la aplicación de la tecnología vacunal, incluida la que emplea la biotecnología, iba a «salvar la vida» de muchos niños del Tercer Mundo, aunque tuvieran que vivir luego en las condiciones ecológicas degradantes.

3) Dependencia: un programa que creaba dependencia y ataba a la gente. Los países del Sur quedaron en manos del Norte para conseguir algunas vacunas y algunos equipos de «cadenas de frío», así como para obtener dinero.

4) Anticientífico: el programa se lanzó sin verificar siquiera la importancia de los problemas planteados por las seis enfermedades involucradas. Tenemos aquí un inconcebible ejemplo de cómo organizaciones internacionales altamente respetadas hacen declaraciones rimbombantes sin poseer una cantidad mínima de datos básicos. El Norte «fabrica» problemas que encajan con la estrategia de imponer al Sur un programa tecnocéntrico, creador de dependencia.

5) Tendencia a la exclusividad: un programa semejante al que se decidió lanzar es peor que una campaña masiva, porque se moviliza el conjunto de la infraestructura sanitaria para alcanzar el objetivo en un plazo de tiempo limitado (1990). Ello implica que se ejerzan presiones sobre los agentes sanitarios para que alcancen el objetivo fijado. En las regiones con tasas elevadas de morbilidad y mortalidad y servicios de salud deficientes, se observará una tendencia a inflar los resultados y a vacunar en detrimento de otras actividades, incluidas otras medidas sanitarias hacia las madres y los niños.

6) Tendencia a la desinformación. Es probable que debido a las evidentes deficiencias expuestas, haya existido una tendencia a proclamar el éxito de manera

completamente falsa y sin fundamento. El informe de la UNICEF sobre el Estado de los Niños del Mundo (GRANT, 1983), así como el Día de la OMS para la Vacunación (MAHLER, 1987) constituyen ejemplos inquietantes de ello. Es natural que semejantes maniobras conduzcan a otras para que se suprima cualquier información no favorable y que se produzca una deformación de la información, e incluso una tendencia a una grosera desinformación.

La India, el país con mayor número de niños necesitados, acogió con los brazos abiertos el programa. Un cuerpo expedicionario (*Task Force*) planificó todos los detalles de un Programa de Vacunación Universal (P.V.U.) destinado a ser un «recordatorio vivo a nuestra difunta primer ministro Indira Gandhi». Siguiendo la tendencia a la escenificación practicada a nivel internacional, esa *Task Force* hizo declaraciones sin fundamentos sobre la relación coste/eficacia del P.V.U. El Gobierno indio (Comisión de Planificación) le prestó un rápido apoyo. El Comité Consultivo Científico del Primer ministro organizó una Misión Tecnológica Especial sobre la Vacunación (G.O.I., 1988). La India dió un paso más en el campo de la «vacunología» con la puesta en marcha del Proyecto de Acción para la Vacunación India-U.S. (G.O.I., 1987). En su afán de dar importancia a las vacunas, algunos biotecnólogos, por estar mal informados de la situación epidemiológica de la India, por inconsciencia o porque no podían hacerlo de otra manera, hicieron un verdadero montaje sobre la supuesta importancia que para la salud pública tenían enfermedades como la hepatitis infecciosa, el sarampión, las paperas y la rubeola, con el fin de crear un mercado para las vacunas, pretendiendo que eran problemas prioritarios. Que se pueda llegar a deformar así los hechos plantea un problema grave a nivel nacional. Es una grave señal de peligro.

La puesta en marcha del Programa de Vacunación Universal suponía un trabajo gigantesco. Durante los cinco años que duraba el programa, iniciado en 1985, había que vacunar a más de 90 millones de mujeres embarazadas y a 83 millones de niños, repartidos en más de 575.000 aldeas, ciudades y grandes urbes de un país enorme (SOKHEY, 1988: 9).

Sorpresas desagradables

Al cumplirse el plazo del P.V.U., la OMS, la UNICEF y el Gobierno indio se unieron para patrocinar una Evaluación Nacional del Programa de Vacunación en la India

(GUPTA y MURALI, 1989), que debía realizar el Instituto Nacional de la Salud y de la Protección Familiar de Nueva Delhi. Era evidente que tal Evaluación iba a estar subordinada en cierta medida a los derechos adquiridos de los patrocinadores. Pero a pesar de todo, la Evaluación incluyó datos que confirmaban los presentimientos de los especialistas que años atrás se habían reunido. He aquí una «perla» de las que se pueden encontrar en la Evaluación:

«Las vacunaciones produjeron 47 muertes en sólo dos años (1987 y 1988) de los cinco años que dura el Programa» (GUPTA y MURALI, 1989: 116-117). Es evidente que esta mortalidad se agravó con la duración total del programa, y que los datos hubieran sido aún peores si se hubiesen incluido todos los Estados de la India. Existe por otra parte un riesgo muy real de que se haya suprimido información molesta. Incluso sin adentrarnos más en estas consideraciones, el hecho es que el P.V.U. es responsable del fallecimiento de al menos 47 niños en 1987 y 1988 en sólo una parte de los Estados de la India. Sin este programa, estos niños no habrían muerto.

¿Quién ha de considerarse responsable de la muerte de estos niños inocentes? ¿Quién tiene derecho a matarlos bajo el pretexto de que se «salva» la vida de otros niños? Se trata aquí de una gran violación de los derechos humanos. Es, con mucho, el problema moral y ético más grave que plantea el Programa de Vacunación, al que las autoridades no se enfrentan. ¿Acaso es porque en el Sur hay demasiadas vidas? ¿Habría sido posible «aguantarse» con todas estas muertes en el Norte? Sólo este hecho condena en su totalidad el Programa de Vacunación Universal, así como a los que lo apoyan.

El problema no es que no hubiera que vacunar absoluto. El problema es cómo había que hacerlo. Todo habría sido muy distinto si las vacunas hubiesen entrado en una dinámica voluntaria por iniciativa de las madres para proteger a sus hijos, incluida en su propia estrategia para la supervivencia de sus hijos; entonces hubiera sido una concretización de la Declaración de Alma-Ata.

La Evaluación también reveló unos datos esenciales sobre la cobertura conseguida por el P.V.U., que demostraban por sí solos que éste fue un gran fracaso.

Relación coste/eficacia: un desastre

En los Estados que reúnen a más de la

mitad de la población de la India, la cobertura vacunal alcanzada varió entre menos de un quinto y un tercio de los objetivos iniciales (GUPTA y MURALI: 87-89). Incluso cuando las vacunas eran eficaces en el momento de su inoculación y proporcionaban una buena protección, los datos de cobertura mostraban que un gran número de niños siguieron sin protección, precisamente en los Estados más pobres, donde las tasas de morbilidad y mortalidad son muy altas; el fracaso del P.V.U. fue todavía más llamativo precisamente en los Estados donde la incidencia de las seis enfermedades era probablemente más elevada. Irónicamente, los Estados donde la cobertura fue relativamente mejor fueron los que presentaban tasas bajas de morbilidad y mortalidad infantiles. Por tanto ¿cómo se pudo declarar que ese programa, que costó 250 millones de dólares, fue el más eficaz y el más barato que haya existido nunca en la memoria de hombre? (G.O.I. 1985: 1).

La Evaluación puso el dedo en la llaga de otros numerosos defectos. Quizás no sea necesario hacer aquí un inventario; un solo ejemplo bastará para dar una idea de lo que fue el P.V.U.: se confirmó que el 20-30% de los casos de poliomielitis registrados en los hospitales se dio en sujetos completamente vacunados de la vacuna antipoliomielitis.

La experiencia de la India con el Programa de Vacunación Universal aporta suficientes datos para hacerse una idea de cómo se lleva a cabo en la mayoría de los países pobres una empresa tan arriesgada, tan mal concebida y tan globalmente carente de imaginación; por ejemplo en Bangladesh, Nepal, Afganistán, Sudán, Somalia, Chad, Haití o República Dominicana, países cuyo tejido político y red de infraestructuras sanitarias son todavía más débiles y deficientes que en la India.

Totalitarismo tecnológico

Cualquiera que examine los hechos puede constatar la existencia de un engranaje peligrosamente perturbador y terrorífico de desinformación, de desinformación de los hechos, de propaganda de bajo nivel con el fin de vender el programa de vacunación tanto globalmente como en la India: así se logra que se acepte la idea de que los cuidados selectivos son rentables, basándose en datos muy discutibles

y valoraciones infladas sobre la morbilidad y la mortalidad de las seis enfermedades; exagerando la eficacia de las vacunas; ignorando las cuestiones epidemiológicas, biológicas y administrativas fundamentales para la puesta en marcha del programa; efectuando un control y una vigilancia insuficientes; frenando e incluso impidiendo el acceso a la información existente, y finalmente haciendo una propaganda engañosa al proclamar el éxito de programa. ¡He aquí un buen catálogo de rasgos que caracterizan a los sistemas totalitarios!

Este análisis sucinto de como se vende el programa de vacunación en la India proporciona una evidencia terrorífica de que existe una coalición de científicos, burócratas y dirigentes políticos, que con sus consejeros en el extranjero invocan la conmovedora causa de la situación de los niños en los países pobres para construir un programa pesado, monótono, «totalitario».

Se diría que existe una especie de determinismo en el desarrollo y la caída del P.V.U.: que concuerda con las previsiones hechas en 1986 **. Pero quiero subrayar que la protección de los niños es en sí misma un acto médico deseable, que tendría que estar incontestablemente incluido en las medidas de salud primaria. En cambio algo muy distinto es invocar la causa de los niños con la intención de defender intereses políticos desde una óptica mercantil, con la participación de algunas buenas voluntades de los países ricos, quizás un poco simplistas, para imponer a un país un programa de vacunación tecnocéntrico, prioritario sobre todo lo demás, con un objetivo selectivo limitado en el tiempo.

Aunque no era la primera vez que un país del Tercer Mundo como la India sufría semejante agresión «totalitaria» (existen ejemplos anteriores de intervenciones manipuladoras del mismo tipo como el programa de planificación familiar (DAMERATH, 1976), y el programa anti-malaria (CLEAVER, 1976), la Asamblea Mundial de la Salud dió la orden a la OMS para que lanzase una campaña universal de erradicación de la poliomielitis (dicho sea de paso, recordemos que el Comité de Evaluación de la *National Review Indian* reveló que el 20-30% de los casos de poliomielitis detectados ¡había recibido una serie completa de

vacunaciones contra la polio! En este caso la OMS debería ser procesada legalmente por charlatanismo en materia de salud pública). En la pasada década se impulsaron además otros programas contra las infecciones respiratorias agudas y contra las enfermedades diarreicas, tan mal concebidos y tan mal preparados como los anteriormente mencionados.

Con las migajas, el desprecio

En el actual contexto de la división Norte/Sur, inmoral y antiética, basada en intercambios desiguales, las cosas ocurren como si al imponer al Sur estos programas, el Norte le devolviese una pequeña parte de lo robado, añadiendo el insulto a la herida; es como si le dijera: «Aquí estamos; gracias a nuestra tecnología, disponemos de un arma mágica para libraros de vuestros problemas sanitarios. ¿Qué importa que viváis en condiciones degradantes de pobreza, analfabetismo, explotación e injusticia social? Después de todo ¡tanto vosotros como vuestros hijos estáis vivos! ¡Mirad cómo hemos alargado vuestra esperanza de vida!».

Los pueblos del Sur han de aprender a descubrir las maquinaciones comerciales —como las demostraciones con tecnología punta para despertar el asombro— y los poderes que las manipulan, con el fin de tomar las medidas necesarias y enderezar la situación. El problema no es tanto rechazar las tecnologías, como ver claramente qué peligros son inherentes a las potencias comerciales, tanto del Norte como del Sur. Hay que asegurarse de que se hacen esfuerzos conjuntos para promover la autonomía y para subordinar la tecnología a las necesidades de la población, como quedó establecido en la Declaración de Alma-Ata. ○

* El Dr. Debabar Banerji (doctor en Medicina por Calcuta, y licenciado en Antropología por Cornell, EE.UU.) es miembro del Comité de Expertos de la OMS para la investigación sobre sistemas sanitarios. Anteriormente ha sido miembro de otros Comités de Expertos de la OMS, tanto en distintas direcciones regionales como en la sede central de este organismo.

** Banerji, 1986: «*La estructuración actual del poder mundial y nacional hace que los pueblos oprimidos del mundo tengan aún que pagar un duro tributo a sus verdugos. La gente de estos pueblos tendrá una vez más que probar que sus torturadores están equivocados, antes de que éstos abandonen sus funestos programas*».