

MODELO DE LUCHA ANTIEPIDÉMICA

El diseño de un modelo para combatir las epidemias implica identificar los componentes fundamentales que intervienen en esa lucha y los principios programáticos de ésta.

Los componentes se reducen esencialmente a 3: la base científica que fundamenta las acciones para combatir y liquidar las epidemias, la voluntad política (de gobierno) para librar la lucha y la participación popular (las masas, lo masivo de esta participación), en la batalla antiepidémica.

Esos 3 componentes han estado invariablemente presentes en el combate contra las epidemias que nos han azotado en los últimos 40 años. Así en el caso del dengue 2001-2002, en La Habana, las bases científicas estuvieron dadas por la experiencia previa acumulada y por los nuevos resultados en el orden entomológico, virológico y epidemiológico (sistema de vigilancia incluido), aportados por el Instituto "Pedro Kourí" (IPK), la red de servicios clínicos y sanitarios del Ministerio de Salud Pública y la interrelación permanente con la comunidad científica internacional. La voluntad política se puso claramente de manifiesto, como en ocasiones anteriores, por la intervención personal del Jefe de Estado y Gobierno, dirigiendo la gran batalla contra el agente transmisor y la transmisión del virus, hasta el cese de esta última. Fue también Fidel quien lanzó la convocatoria a las masas para la gran ofensiva antivectorial, donde participó toda la población, y se destacó por su gran valor educativo y efectividad, la de los pioneros y escolares.

A estos componentes de la lucha antiepidémica en el modelo que describimos se añaden los principios del programa de trabajo, que se aplican en forma secuencial, como fases o etapas del método de lucha.

Primero, el establecimiento de un sistema de vigilancia, con cobertura de todo el territorio y población del país, dotado de los medios técnicos adecuados.

Segundo, el alerta oportuno a todos los niveles del sistema de salud y de gobierno, cuando el sistema de vigilancia encuentra que está circulando un agente patógeno.

Tercero, la toma del mando o conducción de la lucha por la más alta jerarquía de gobierno. El esfuerzo es absolutamente intersectorial, también multidisciplinario. Una epidemia deja de ser responsabilidad exclusiva del sistema de salud, este mantendrá sus funciones de dirección técnica y aporte logístico con sus recursos, pero es necesario, para acortar la duración de la epidemia y alcanzar resultados más duraderos, sostenibles, una adecuada y firme coordinación intersectorial y un flujo de recursos que rebasa las posibilidades habituales del sector salud. Así se aseguró el éxito en las epidemias de dengue 1981, neuropatía epidémica 1992-1994 y dengue 2001-2002.

Cuarto, el alerta a la población, con absoluta claridad respecto a la situación que se confronta, donde se recurre a todos los medios de comunicación con mensajes instructivos prácticos como parte de la organización de la lucha y con sentido educativo pensando en el conocimiento que deberá perdurar, como parte de la sostenibilidad de la interrupción de la epidemia y prevención de otras futuras sin hacer terrorismo psicológico.

Quinto, la asimilación consecuente de las enseñanzas que deja cada epidemia. Dos ejemplos: la identificación de las necesidades de servicios de cuidados intensivos (dengue 1981) y el desarrollo posterior de estos; o la creación de las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud (UATS), para perfeccionar la vigilancia (neuropatía epidémica 1992-1994).

Al mismo tiempo compartiendo la experiencia alcanzada con otros países sobre la base del principio de solidaridad y del hecho de que las epidemias y pandemias como el SIDA, es una tarea de todos.

Así hemos liquidado varias epidemias, proeza en condiciones de un bloqueo que ha adoptado formas de genuina guerra económica, por momentos más que económica, y haciendo así realidad contemporánea el viejo aforismo romano "salus populi suprema lex est".

*Dr. Francisco Rojas Ochoa
Febrero, 2003*