Capítulo 4
El fracaso de la Atención Primaria de Salud y el auge de la revolución en pro de la Supervivencia Infantil

De la Atención Primaria de Salud Integral a la Selectiva

Por las razones que hemos comentado, el modelo de Alma Ata de Atención Primaria de Salud fue atacado casi desde el principio. Este ataque surgió incluso del mismo sector de la salud pública. Ya en 1979, antes de que la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural fueran usados como argumento en contra (véase Parte 3), Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren, de la Fundación Rockefeller, argumentaban que la versión *integral* de la Atención Primaria de Salud (APS-I) enunciada en la Declaración de Alma Ata era demasiado cara y poco realista.[20] Si se querían mejorar las estadísticas de salud, planteaban, habría que "apuntar" a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta nueva intervención más limitada se conoce como Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S).

Este nuevo planteamiento despoja a la APS de sus conceptos clave. La insistencia en el desarrollo social y económico fue eliminada, de la misma forma que lo fue la necesidad de incluir a todos los sectores relacionados con la salud en el planteamiento de los programas. Además, desapareció la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la APS. Esta versión selectiva y sin contenido político (y por tanto inofensiva) de la APS se redujo así a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no por las comunidades sino por expertos internacionales en salud. De esta forma, la Atención Primaria de Salud Selectiva fue rápidamente aceptada por gobiernos nacionales, ministros de salud y muchas de las organizaciones internacionales más grandes e importantes.

Los gobiernos de las minorías privilegiadas –con intereses creados para mantener las desigualdades del orden establecido– tenían pocas ganas de aplicar la APS-I. Aun-

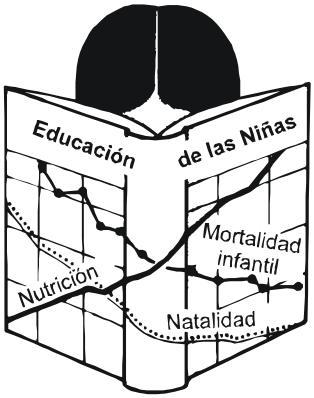
que nadie se atrevió a decir públicamente que el modelo de APS de Alma Ata era subversivo, ya desde el principio hubo muchas voces importantes proclamando que no llegaría a funcionar. Fueron los mismos gobiernos y las mismas voces que corrieron a apoyar a la APS-S.

Otro contratiempo para la Atención Primaria de Salud Integral: la recesión mundial de los años ochenta

Como trataremos en mayor detalle en la Parte 3, los años ochenta trajeron una combinación de recesión mundial, deuda externa sofocante, políticas de ajuste devastadoras, escalada de los gastos militares, empeoramiento de la pobreza y destrucción medio ambiental masiva; y cada uno de éstos agravando a los otros en un círculo vicioso. Los países subdesarrollados, en especial sus ciudadanos más pobres, sufrieron grandes retrocesos –tanto que el UNICEF apodó a los ochenta como la "década de la desesperanza"– .[21] En el *Estado mundial de la infancia* 1989, UNICEF informa que:

- Durante la década de los ochenta, los ingresos medios han descendido entre 10% y 25% en casi toda África y en la mayor parte de América Latina.[22] Los más afectados fueron familias que incluso antes de la disminución de ingresos no ganaban lo suficiente para la adecuada alimentación de sus hijos. En muchos países... comienzan a detectarse indicios de un aumento de la desnutrición.[23]
- En los 37 países más pobres se han registrado... reducciones del 50% en el gasto *per cápita* en atención de salud.[24]
- En estos 37 países el gasto en educación* disminuyó un 25%.[25] Y en casi la mitad de los 103 países en desarrollo con datos recientes se aprecia un descenso en el porcentaje de niños y niñas de seis a 11 años escolarizados en la enseñanza primaria.[26] Esto tiene especial importancia para la salud, ya que el nivel medio de educación femenina suele relacionarse con la mortalidad infantil.

Ante estos crecientes obstáculos para el objetivo de *salud para todos*, a comienzos de los ochenta, UNICEF se enfrentó a algunas decisiones difíciles. Una de las más duras fue si fomentaría la Atención Primaria de Salud *Integral* o la *Selectiva*. ¿Debería UNICEF continuar su dura batalla en favor de un planteamiento amplio y liberador como se anunciaba en Alma Ata?, o ¿debería navegar con los vientos conservadores de la década, apuntándose a un planteamiento más selectivo que podría contar más fácilmente con el apoyo de poderosos gobiernos, instituciones y fuentes de financiamiento? Era una elección difícil y crucial.



Por desgracia, el UNICEF comenzó a retirar su apoyo a una atención de salud integral y equitativa. En vez de renovar su petición de los años setenta de un orden económico internacional más justo, expresada en la declaración de Alma Ata, UNICEF comenzó a hablar de una "fuerza contraria que afecta a la infancia del mundo: la continua recesión económica", como si las políticas socialmente regresivas impuestas a los países pobres fuesen una fuerza inevitable de la naturaleza.[27] El hecho de que UNICEF hablara de modificar los ajustes estructurales, en lugar de cuestionar la injusticia de los ajustes en sí mismos,[28] era equivalente a aceptar la desigualdad y la pobreza como hechos inalterables de la vida.

Al aceptar la tesis de que las condiciones mundiales que incrementan la desigualdad y la pobreza no podrían ser corregidas, se hizo más fácil argumentar que el objetivo de Alma Ata de "salud para todos" no era realista. Claramente, el "completo bienestar físico, mental y social" resultaba inalcanzable para los cada vez más millones de personas viviendo en una pobreza espantosa. Incluso el objetivo médico de "ausencia de enfermedad" era inalcanzable dados los recortes en los servicios de salud y el incremento del hambre y la pobreza.

Ya que *salud para todos* dejó de ser una meta viable, UNICEF optó por la *supervivencia infantil*.

La revolución en pro de la Supervivencia Infantil: una política de ajuste para la salud

En 1983, UNICEF anunció que estaba adoptando una nueva estrategia diseñada para lograr una "revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil", a un costo accesible para los países pobres.[29] Claramente dentro del

* En algunos países del Tercer Mundo, los recortes en el gasto en salud y educación han sido incluso más drásticos. Por ejemplo, en 1991, Perú gastó aproximadamente 12 dólares por persona en salud y educación, una cuarta parte de lo que había gastado la década anterior –y la mitad de lo que estaba gastando en pagar sus deudas a bancos occidentales.

modelo de la APS-S, la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil fue presentada como una versión más perfilada, barata y factible de la Atención Primaria de Salud, diseñada para proteger a los niños del impacto de las cada vez más deterioradas condiciones económicas. Dirigida principalmente a niños menores de cinco años, su objetivo era reducir a la mitad la mortalidad infantil en el Tercer Mundo en el año 2000.[30] Con este fin, daba prioridad a cuatro importantes intervenciones sobre la salud que, en inglés, forman el acrónimo "GOBI":

- Monitoreo (control) del crecimiento (*Growth Monitoring*).
- Terapia de rehidratación oral (*Oral rehydratation therapy*).
- Lactancia materna (*Breastfeeding*).
- Inmunización (*Immunization*).

En respuesta a la preocupación de que GOBI pudiera ser demasiado selectivo, UNICEF, al año siguiente, recomendó una versión ampliada: "GOBI-FFF", añadiendo planificación familiar, suplementos alimenticios (*Food supplements*) y educación femenina. Aunque la respuesta a la versión limitada de GOBI había sido entusiasta, la versión ampliada GOBI-FFF ha tenido poco éxito entre los donantes y los ministerios de salud. De hecho, en la práctica real, GOBI fue a menudo aún más recortado. Muchas naciones limitaron sus principales campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral e inmunizaciones, que UNICEF comenzó a llamar los "dos motores" de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. Algunos países incluso utilizaban la mayor parte de sus presupuestos en sólo uno de estos "motores", descuidando el otro.

En apariencia, el argumento de UNICEF en favor de GOBI parece convincente. Ben Wisner, fuerte crítico de GOBI, lo ha resumido en cuatro pasos:

1) Los recursos financieros y humanos para la Atención Primaria de Salud en los países pobres son escasos, y se hacen más escasos por la persistente crisis económica internacional.
2) Existen tecnologías sencillas, baratas y muy accesibles para salvar vidas infantiles.
3) También existen métodos para popularizar estas tecnologías a bajo costo (por ejemplo, el "*marketing* social").
4) Por lo tanto, GOBI debería ser puesto en marcha ya de manera prioritaria. [31]

Si se usa el apoyo financiero y gubernamental como indicador determinante, la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil puede verse como un éxito casi inmediato. Los gobiernos protectores de las empresas de ambos hemisferios, que apenas habían apoyado la APS *Integral*, recibieron el GOBI con entusiasmo. El Banco Mundial y USAID prometieron mayor ayuda económica; La Santa Sede (base central de la Iglesia Católica) y el *Rotary International* también se subieron al tren. A mediados de los ochenta, prácticamente todos los países subdesarrollados habían lanzado una campaña promocionando algunas o todas las intervenciones del GOBI.

No obstante, no todo el mundo ha estado contento con la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil. GOBI ha sido criticado por dar alta prioridad a unas pocas intervenciones de salud seleccionadas. Indiscutiblemente, las terapias de inmunización y rehidratación oral son intervenciones eficaces y baratas que pueden ayudar a salvar la vida de muchos niños, aunque algunas veces sólo de forma temporal. Muchos activistas sociales y promotores de salud, sin embargo, argumentan que el cambio desde una Atención Primaria de Salud Integral a una Selectiva y al GOBI fue para los gobiernos y los profesionales de la salud una forma de evitar profundizar en las causas sociales y políticas de la falta de salud, para conservar así las desigualdades del orden establecido. Como un autor apuntó: "El efecto de esta [especie de] promoción de la APS-S bajo el paraguas de la APS es mantener las intervenciones de salud bajo firme control médico y posponer la necesidad de un cambio social, económico y político a largo plazo".[32]

El UNICEF ha recibido fuertes críticas por su aceptación, aunque haya protestado a veces, de las "políticas de ajuste" impuestas por los gobiernos (véase p. 117) y por haberse resignado a planteamientos muy limitados de atención de salud. George Kent, autor de *The Politics of Children Survival* (*Las políticas de supervivencia infantil*), señala que:

> Tal resignación no es la única respuesta posible. Incluso adaptándose a las restricciones económicas y desarrollando técnicas baratas de intervención en salud, es posible resistir y luchar contra dichas restricciones. En vez de limitarse a preguntar cómo pueden adaptarse los ciudadanos y los empleados de la salud pública, uno puede también preguntarse cómo podrían volverse firmes defensores de su causa, cultivando una base de poder propia y haciendo notar sus exigencias.[33]

Por representar un abandono del potencial más liberador de la APS-I en favor del más limitado y conservador de la APS-S, algunos críticos han llamado a la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil "la revolución que no es".[34] Una cosa es cierta: el apoyo de UNICEF a la APS *Selectiva* a través de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil representa un gran cambio de estrategia con profundas implicaciones políticas.

El UNICEF se defiende de esta crítica insistiendo en que la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil es compatible con la APS *Integral*, sugiriendo que representa la punta de lanza de la APS. Sin embargo, las medidas en pro de la Supervivencia Infantil a menudo han sido puestas en práctica de la misma forma que la atención médica ofrecida por el doctor de *La historia de Rakku*, con resultados previsibles: el tratamiento fue aplicado con éxito pero el paciente murió. Puesto que las medidas de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil no combaten adecuadamente las causas sociales fundamentales que contribuyen a la muerte de los niños, son mucho menos "vida-efectivas" de como serían si se acompañaran de una estrategia más integral. En sus escritos, UNICEF continúa señalando las causas sociales de la falta de salud, pero las medidas de salud reales que fomenta, las evitan cuidadosamente. Esto situaría al UNICEF en una posición de bajo riesgo político. Pero, ¿qué pasa con los niños?

Creemos que las medidas de salud incluidas en la iniciativa en pro de la supervivencia infantil podrían hacer más por salvar vidas. Pero, para que esto ocurra, estas medidas prioritarias de salud necesitan ser puestas en práctica de una forma integral y liberadora. Cuando es controlada por los consumidores, la promoción de la salud puede ser un componente importante, e incluso punta de lanza para el desarrollo y el cambio social. De hecho, éste es uno de los principales temas de este libro. Pero el proceso no es tan sencillo como sugiere UNICEF. Hay tantos planteamientos para las intervenciones de salud como los hay para el desarrollo.

Como con las estrategias de desarrollo, las intervenciones en salud nunca son políticamente neutrales: pueden promover independencia y autosuficiencia o pueden fomentar dependencia y pasividad. Pueden apoyar cualquier forma, justa o injusta, de gobernar. Pueden preparar el camino para un estado social equitativo o pueden sostener uno injusto y despótico.

Los planificadores de la salud deben ser prudentes para formular y poner en práctica intervenciones que faciliten un cambio social progresista en vez de dificultarlo. La falta de intención (o de capacidad) de UNICEF para abarcar la dimensión política de las intervenciones sanitarias es, en gran parte, la responsable de los insuficientes y a menudo insostenibles resultados de sus diversas estrategias de supervivencia infantil.