Capítulo 5
La atención de salud si las personas importaran

Conceptos que deben ser cuestionados

En este capítulo plantearemos brevemente los siguientes temas, con la esperanza de que los lectores los tengan en mente cuando analicemos detenidamente la campaña mundial para el control de la diarrea infantil en la Parte 2 de este libro:

1) Soluciones tecnológicas a problemas sociales: ¿pueden tener éxito?
2) Supervivencia frente a calidad de vida: ¿es suficiente la supervivencia?
3) Después de Alma Ata: ¿qué pasó con la participación de la comunidad?
4) La salud a través del cambio de conductas y la educación de la mujer: culpando a la víctima.
5) Movilización social: el cambio del UNICEF de desde abajo a desde arriba.
6) De la toma de conciencia al lavado de cerebro: el "*marketing* social".

Soluciones tecnológicas a problemas sociales: ¿pueden tener éxito?

La historia de Rakku del capítulo 1 es un ejemplo de cómo la tecnología médica no pudo salvar la vida de un niño porque los planificadores y suministradores no tuvieron en cuenta los factores económicos, políticos y sociales que condujeron a la muerte del niño. Las publicaciones sobre políticas de salud y desarrollo están repletas de intentos de solucionar los problemas de los pobres mediante "balas mágicas" tecnológicas. A veces los resultados son positivos, pero otras muchas veces sale el tiro por la culata, dejando a las personas a quienes estaban intentando ayudar en una situación aún peor.

Un buen ejemplo de esto es la introducción de pozos en la Bangladesh rural.[35] En aldeas con largas temporadas de sequía y grave escasez de agua, UNICEF proporcionó pozos con la esperanza de que el mayor suministro de agua ayudase a las familias pobres a obtener más comida y a mejorar su higiene y su salud. Pero, una vez tras otra, los grandes terratenientes se ofrecieron para instalar los pozos en sus tierras y, de esta forma, tomaron el control de la distribución del agua. Impusieron precios prohibitivos y negaron el agua a quienes no podían permitirse pagar o se resistían a tal explotación. El resultado neto de la nueva tecnología fue el aumento de la riqueza y el poder de los terratenientes ricos, mientras hacía a los pobres más pobres, dependientes y explotados.

Sólo cuando el *Gonoshasthaya Kendra* (el Centro de Salud del Pueblo) empezó a organizar grupos de campesinos pobres para analizar su situación e instalar y mantener sus propios pozos (aún donados por UNICEF), éstos empezaron a satisfacer de manera eficaz las necesidades de agua de familias pobres. Al mismo tiempo, el pueblo ganó confianza en su capacidad para trabajar colectivamente por el cambio.

La lección de esta experiencia –y de muchas otras como ésta– es evidente: cualquier tecnología, por muy apropiada que parezca, puede ser usada tanto en favor como en contra de los necesitados, dependiendo de quién la controle y cómo sea empleada. Más aún, cuando las soluciones tecnológicas son usadas para resolver problemas sin tener en cuenta su contexto social, pueden ser contraproducentes.

Supervivencia frente a calidad de vida: ¿es suficiente la supervivencia?

Millones de niños como el bebé de Rakku mueren todos los años. Pero ¿qué pasa con el número mucho mayor de niños en circunstancias parecidas que, de alguna manera, consiguen sobrevivir? Ellos figuran en las estadísticas de salud como éxitos, pero, ¿a qué precio?

Si volvemos a la historia del bebé de Rakku, recordaremos que la mayoría de los niños con riesgo alto de morir por diarrea están desnutridos y viven en unas condiciones muy difíciles o incluso catastróficas. Así, los esfuerzos que se centran en salvar vidas infantiles sin combatir adecuadamente las causas de su pobreza y desnutrición, pueden conseguir descensos en la mortalidad, pero pueden también aumentar el número y la proporción de niños desnutridos, enfermizos y con retraso en el desarrollo. Hay evidencias de esto en varias regiones del Tercer Mundo, por ejemplo Filipinas, Chile y el estado de San Pablo en Brasil.[36]

Este enfoque es inaceptable por dos razones. En primer lugar, los altos niveles de hambre y enfermedad significan que la calidad de vida de los niños es deplorable; en segundo, cuando los niños están hambrientos y enfermos, o los niveles de vida se deterioran, es poco probable que el progreso en el descenso de la mortalidad pueda ser sos-

tenido. En algunos países donde las intervenciones en pro de la supervivencia infantil han conseguido bajar las tasas de mortalidad infantil, la recesión económica y las medidas de ajuste estructural ya han frenado o incluso dado la vuelta a estos logros.[37]

Casi nadie afirmaría que no deben salvarse vidas infantiles allí donde sea posible. *Pero sobrevivir no es suficiente.* Como señala George Kent:

> Las mejoras de las tasas de supervivencia infantil no valen de mucho si los niños llegan a su quinto cumpleaños pero están condenados a vidas de miseria... Los programas exitosos de supervivencia infantil mejoran la tasa de supervivencia no como un fenómeno aislado, sino como parte de una mejora general de la calidad de vida... La supervivencia de los niños es una parte integrante del desarrollo y no debería ser separada de él.[38]

Después de Alma Ata: ¿qué pasó con la participación de la comunidad?

La Declaración de Alma Ata insiste en la importancia de una *fuerte participación* y *autodeterminación de la comunidad*; los firmantes de la Declaración reconocieron que todas las iniciativas sobre salud debían poseer esos rasgos para tener éxito. Hay tres principales razones para esto:

Primero, la buena salud no es un producto que pueda ser repartido en unos cuantos paquetes. Resulta de un proceso del que las propias personas necesitan formar parte. De hecho, tanto para los individuos, familias o comunidades como para las naciones, la participación directa en las decisiones que influyen en su bienestar es parte de lo que significa estar sano. Salud y autodeterminación están entrelazadas de manera inseparable.

La segunda razón es pragmática. Nunca podrá haber suficientes médicos, enfermeros o incluso trabajadores de la salud formados profesionalmente para cubrir las necesidades sanitarias de todos. Por lo tanto, para que las mejoras en la salud sean sostenibles, la propia comunidad necesita implicarse en el mantenimiento de su salud.

En tercer lugar, la salud está determinada en gran parte por los niveles de igualdad y justicia social. Una salud mejor depende de progresos en las condiciones de vida, la nutrición y otras necesidades básicas. Para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, la Declaración pide que los trabajadores sanitarios y los ministerios de salud asuman su responsabilidad con el pueblo, y garantías sociales para asegurar que sean cubiertas las necesidades básicas –incluyendo las necesidades alimentarias– de todas las personas. Reconociendo que un cambio social progresista sólo llega a través de una demanda organizada, solicita una participación popular fuerte.

Aunque la Declaración de Alma Ata hace hincapié en la importancia de una *fuerte participación* y *autodeterminación de la comunidad* para poner en práctica con éxito la Atención Primaria de Salud, estos elementos esenciales muy menudo han sido eliminados e ignorados. El éxito relativo de los programas y políticas que han mantenido este planteamiento orientado a la comunidad, y los fracasos de los programas y políticas que no lo han hecho, no hacen más que recalcar su importancia en la consecución de "salud para todos".

La salud a través del cambio de conductas y la educación de la mujer: culpando a la víctima

La falta de salud y las elevadas tasas de mortalidad de los niños pobres exigen cambios importantes. Pero, ¿cambiar qué? El debate sobre este tema se centra en si lo que se necesita es un cambio social o de comportamiento. Esto, a su vez, depende de si la situación es vista desde la perspectiva de los que están arriba o la de los que están abajo. Usaremos otra vez la historia de Rakku para ilustrar estas perspectivas.

Una perspectiva desde arriba tiende a culpar de la situación al comportamiento de los pobres. Así, en el caso de Rakku, al entrar en su choza los trabajadores de salud notarían las condiciones insalubres del suelo, el agua, etc. Echarían la culpa de la "conducta insalubre" de Rakku (que causaría la muerte de su hijo) a su falta de educación. Entonces tratarían de enseñarle a cambiar esto, por ejemplo, instruyéndola en unas pocas medidas de salud prioritarias que la "liberarían" para poder cuidar a su bebé. Pueden enseñarle a dar el pecho, dónde comprar paquetes de SRO y cuándo llevar a su niño a vacunar. O pueden animarla a llevar a sus hijos, especialmente a sus hijas, a la escuela, así las generaciones futuras podrían tomar decisiones sobre la salud con mayor información. Si, a pesar de estas instrucciones y ayudas, el comportamiento de la madre y sus condiciones de vida permanecieran inalterados, la culparían por no esforzarse lo suficiente, o quizá por su ignorancia. Este enfoque paternalista responsabiliza a la víctima, estudiando raras veces la responsabilidad de los grandes protagonistas de la película –los grandes terratenientes, políticos o agencias de desarrollo.

En contraste, un análisis con una perspectiva desde abajo parte de una premisa diferente y llega a otra conclusión. Reconoce que los pobres tienen más experiencia en hacer frente a las circunstancias que amenazan su vida que la mayoría de los expertos en salud, y por eso muchas veces saben mejor lo que necesitan para sobrevivir. Desde este punto de vista, las condiciones de vida insanas no resultan de la ignorancia, sino de la impotencia. Para combatir esta situación, la promoción de la salud debería dirigirse a equipar a los pobres con las habilidades y confianza que necesitan para cambiar el sistema que les oprime –esto es, trabajar para eliminar las causas sociales subyacentes de la falta de salud y la pobreza.

Un ejemplo del primer enfoque, una perspectiva desde arriba, puede verse observando la nueva "estrategia de comunicación" en pro de la Supervivencia Infantil y las subsiguientes iniciativas para una "maternidad segura". Estas iniciativas se dedican a bombardear a la "población objeto" con mensajes de salud elementales. La publicación de UNICEF *Para la Vida* empieza así:

> **Un reto de comunicación.** La salud infantil mejoraría considerablemente en el mundo en desarrollo si todas las familias conocieran la información básica de salud actual. Esta información ha sido compendiada en *Para la Vida* [...] *Para la Vida* es un reto a todo tipo de *comunicadores*: políticos, educadores, líderes religiosos, profesionales de la salud, dirigentes empresariales, sindicatos, organizaciones de voluntarios y medios de comunicación de masas. Esta publicación está destinada a todos aquellos que pueden ayudar a que dicha información pertenezca al patrimonio de conocimientos básicos de salud de todas las familias.[39]

A primera vista todo esto suena bastante apetecible. Pero una lectura más profunda revela algunas suposiciones preocupantes:

1. Se culpa de la mala salud de los niños a la *falta de conocimiento* de los padres (en especial de las madres).
2. Por tanto, el conocimiento que más necesitan los padres es sobre *intervenciones técnicas* y *conducta en casa.* Nada se dice de la necesidad de los pobres de *conocimientos sobre sus derechos, organización popular* y *estrategias para el cambio social.*
3. El papel que deben tomar las personas en posiciones de poder (políticos, líderes religiosos, etc.) es *ayudar de manera benevolente a remediar la ignorancia de los pobres.* En lugar de dejar claro que los poderosos son una parte importante del problema, *Para la Vida* los presenta como parte de la solución; en vez de reclamarles que compartan su poder y su riqueza, les invita a ayudar a sacar a sus conciudadanos menos afortunados de su ignorancia y de la miseria que ellos mismos han creado. Esto tiene el efecto de legitimar la posición dominante de las élites sociales. Evita cualquier exigencia moral de que cedan algunos de sus privilegios (y su supuesta superioridad) como paso hacia una sociedad más justa y saludable.

El énfasis de UNICEF en la educación femenina es otro ejemplo de mensaje con el potencial de culpar a la víctima. (Recordemos que la educación femenina es una de las tres "F" de la versión extendida de GOBI.) Numerosos estudios han apoyado la afirmación de que la educación de la mujer es uno de los factores más íntimamente relacionados con la reducción de la mortalidad infantil.

Esto es válido dentro de unos límites. Como Kent afirma:

> La educación materna está clara y fuertemente asociada con la mortalidad infantil, por cuanto la probabilidad que tiene un niño de morir está inversamente relacionada con los años de escolarización de su madre. La educación materna es uno de los factores socioeconómicos más fuertes asociados con la supervivencia infantil.[40]

Pero, ¿por qué? Ciertamente, saber leer permite a las mujeres acceder a la información escrita. Pero bien puede ser que las beneficie aún más por prepararlas para defender sus derechos. La educación –especialmente la que se centra en el que aprende y plantea los problemas– puede ser un importante escalón hacia la liberación y el cambio.

Sin embargo, recalcar la educación femenina como solución a la mortalidad infantil refuerza la idea de que la ignorancia de las mujeres es su principal causa, culpando así a la víctima. Un planteamiento más positivo podría ser hacer hincapié en la liberación de las mujeres más que en la educación femenina. De esta manera el dedo acusador se movería desde la ignorancia (culpar a la víctima) a la desigualdad de poder (los poderosos son responsables). Aclararía que la información técnica no es suficiente: que lo que hace falta es dar a mujeres, niños y otros grupos desfavorecidos una posición más fuerte y justa en la sociedad. Como Kent explica: "puede que la cuestión fundamental sea la autonomía de la mujer antes que la educación".[41]

Movilización social: el cambio de UNICEF de desde abajo a desde arriba

Movilización ya no significa lo mismo que antes. Hubo un tiempo en el que era un término con connotaciones políticas usado por los activistas sociales para las accio-

nes de la lucha popular: un procedimiento de las bases para lograr el poder para el pueblo. Pero los estrategas de alto nivel de la salud y el desarrollo se han apropiado de este y otros términos como *basado en la comunidad, participación* y *liberación,* despojándolos de su contenido político progresista.

Hoy la movilización social no busca activar a los pobres, sino incorporar a los poderosos. Tal y como se usa ahora el término en la promoción de iniciativas para la Supervivencia Infantil, significa cortejar y reclutar a los que tienen poder de decisión, líderes de opinión, agencias financieras, escuelas de salud pública, etc. Solicita a estrellas de cine, héroes del deporte, políticos y otros ídolos populares que promuevan los productos en pro de la Supervivencia Infantil con la mismas artimañas publicitarias seductoras usadas para vender cigarrillos. George Kent describe la diferencia entre el concepto actual de movilización y el de liberación:

> Mientras que *movilización* suele referirse a reclutar gente para actuar según los objetivos de otra persona, *liberación* significa incrementar la capacidad de las personas para perseguir sus propios objetivos (cursivas en el original).[42]

El aspecto más preocupante de este significado de movilización es que refleja un cambio en la solidaridad por parte de las agencias como UNICEF desde los de abajo hacia los de arriba. En los años sesenta y setenta UNICEF adoptó algunas posturas importantes en defensa de los desfavorecidos; incluso llegó a pedir cambios en las estructuras injustas. En varias ocasiones, las posturas que tomó UNICEF enfurecieron al gobierno de Estados Unidos, que respondió amenazando con dejar de financiar la agencia. Ante el clima conservador de los años ochenta, UNICEF se volvió más cauteloso. En 1983 introdujo una nueva estrategia descafeinada para la protección de la infancia. Esta estrategia cambió *participación* por *sumisión* –en la práctica, si no en la retórica–. Interpretó *equidad* como nada más que *cobertura universal de servicios de salud.* Y transformó la *movilización social* en la técnica manipuladora llamada "*marketing* social".

En 1986, David Werner le preguntó a uno de los autores de los informes de UNICEF, *Estado mundial de la infancia*, por qué UNICEF no tomaba una postura más enérgica y pedía una acción de los gobiernos miembros para acabar con la deuda asfixiante, los devastadores mandatos de ajuste, las injustas políticas comerciales y otras causas fundamentales de la pobreza y la falta salud en los años ochenta. Él contestó: "Las metas de UNICEF son las mismas que las tuyas. Simplemente somos más realistas que tú. Reconocemos nuestras limitaciones y trabajamos dentro de ellas".

De la concientización al lavado de cerebro: el "*marketing* social"

En un artículo de 1984 llamado "Comercializando la Supervivencia Infantil", el anterior director ejecutivo del UNICEF, James Grant, se quejaba de que "en un mundo donde la tecnología de la información ha llegado a ser la nueva maravilla de nuestra era, es vergonzoso lo poco que se sabe sobre cómo comunicar la información más valiosa para los pobres".[43] En respuesta a esta llamada, el sector comercial ayudó a adaptar técnicas publicitarias para crear la nueva técnica de promoción de la salud llamada "*marketing* social". Glenn Wasek, director del grupo de Servicios de Mercadotecnia de John Snow Inc. (una consultoría privada sobre salud pública), en un libro llamado *Child Health and Survival* (*Salud y Supervivencia Infantil*), describe el *marketing* social como "una especialidad dentro de la disciplina de la mercadotecnia, [que] incorpora un planteamiento completo para planificar, ejecutar y avanzar ideas, conceptos, comportamientos, servicios o productos para alcanzar los objetivos de los programas internacionales de salud pública". A continuación presenta "las poderosas herramientas, las técnicas y el planteamiento general del *marketing* social".

Este enfoque contrastaba enormemente con el planteamiento liberador desde abajo tan usado en las décadas anteriores. La metodología de la educación informal basada en el alumno, utilizada para la salud y la acción comunitaria en los años sesenta y setenta –muy

influida por Paulo Freire, el controvertido educador brasileño– promovía la "toma de conciencia" (o "concientización"), junto al "análisis estructural" (análisis de las causas sociales de los problemas del pueblo). Estas palabras se convirtieron en el lema de los movimientos por la salud y el desarrollo basados en la comunidad. (Para un examen más amplio de la metodología educativa de Paulo Freire, véase p. 174)

En los años ochenta, de cualquier modo, el *marketing* social se convirtió rápidamente en la norma. Esta técnica se asemeja a la concepción "bancaria" de la educación descrita por Freire. Implica ganar los corazones y las mentes de la gente para convencerles de que acepten un paquete prediseñado de cuidados de salud. Se hacen estudios preliminares, con entrevistas a la futura población objeto, para determinar qué estrategia de venta y presentación del producto será más atractiva. Luego se lanza una campaña masiva de anuncios en los medios de comunicación: radio, televisión y megafonía local. Se reclutan a estrellas de cine, cantantes famosos y otras figuras públicas (incluyendo, en el caso de la campaña en pro de la Supervivencia Infantil, al Papa y al Presidente de los Estados Unidos) para alentar el entusiasmo de las masas. A diferencia de la concepción de Freire, abierta y que plantea los problemas, promovida en los años sesenta y setenta, el *marketing* social no le da al pueblo la oportunidad de tomar sus propias decisiones y realizar acciones autónomas. Muchas veces se acerca más a un lavado de cerebro que a la toma de conciencia.

Conclusión a la Parte 1

Los Programas de Ajuste Estructural, la privatización de los servicios de salud y el nuevo protagonismo del Banco Mundial en la orientación de las políticas de salud, han conducido al fracaso de la Atención Primaria. En la tercera parte de este libro examinaremos cómo las políticas económicas instauradas por las instituciones financieras internacionales y las estructuras de poder, han aumentado aún más las diferencias entre ricos y pobres, frenando e incluso provocando el retroceso de los avances logrados en la supervivencia y la calidad de vida de los niños. Veremos cómo estas políticas violan, no sólo las directrices y el espíritu de la Declaración de Alma Ata, sino la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la más reciente Convención sobre los Derechos del Niño.

Uno de los más claros ejemplos de cómo las políticas económicas globales han influido negativamente en el potencial de la promoción de la salud lo tenemos en el campo del control de las enfermedades diarreicas. A pesar de un esfuerzo mundial centrado en la prevención y el tratamiento de la diarrea, ésta sigue siendo una de las causas principales de mortalidad infantil. ¿Cómo puede ser que – a pesar de esfuerzos combinados de la OMS, el UNICEF y los líderes mundiales de la Salud Pública– la diarrea común continúe matando a millones de niños cada año? Esto es lo que veremos en la Parte 2.