

¿Eliminó *El Cairo* a la población de las políticas poblacionales?

Elaine Murphy*

Tom Merrick**

Desde septiembre de 1994, *El Cairo* ha pasado a designar más que a una ciudad:junto al Nilo. En tanto escenario de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo simboliza cambios en el enfoque de las políticas poblacionales: la preparación de la CIPD y el programa de acción allí adoptado pasaron la mira del nivel macro al micro, de un panorama amplio al de las vidas de los individuos que:juntos forman la “población”. Aunadas al consenso de los gobiernos y al entusiasmo de las agrupaciones de mujeres, las recomendaciones de El Cairo han sido adoptadas por la mayoría, si no es que por todas las agencias de donación y organizaciones de planificación familiar y poblacional. Sus conceptos clave también se trataron en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada por la ONU en Pekín en septiembre de 1995. Sin embargo, no todos fueron o son seguidores de El Cairo. Algunos demógrafos (por ejemplo Westoff *et al.*, 1995; Macintosh y Finkle, 1995; Potts, 1995) continúan expresando su preocupación de que El Cairo, si bien acoge la noble causa de mejorar la vida de las mujeres, representa un alejamiento del problema inmediato –estabilizar el crecimiento poblacional– y preconizan un regreso al planteamiento original.

Las preocupaciones de los críticos entran en tres categorías. La primera implica la atención al desarrollo –la “D” en CIPD–. Aunque reconocen la importancia que en cuestión de derechos humanos, en:justicia y mejoramiento de la salud tienen muchas recomendaciones de El Cairo, los escépticos sostienen que estas nobles metas no pertenecen al campo de la “población”: estas metas son responsabilidad de otros.

Segundo, les preocupa que el hecho de poner en práctica las propuestas de la CIPD pudiera debilitar gravemente los servicios de planeación familiar ya existentes, al repartir los escasos recursos humanos y financieros al punto de hacer que los programas fueran menos eficientes para reducir la fecundidad. Esto sucedería si los programas acataran la propuesta de El Cairo de invertir significativamente en el mejoramiento de la calidad de los cuidados y en la ampliación del es-

* Program for Appropriate Technology in Health (PATH).

** Banco Mundial.

pectro de programas para atender otros problemas de salud reproductiva, como la seguridad en el embarazo, enfermedades de transmisión sexual (ETS) e infecciones de las vías reproductoras (IVR).

La tercera es que al desligar la planificación familiar de los objetivos demográficos y enfocarse a la salud reproductiva, los programas que siguen la orientación de El Cairo perderían mucho de su apoyo financiero y político. A los críticos les preocupa que el nuevo enfoque desprestigie el argumento que ha persuadido por muchos años a donadores internacionales y dirigentes de países en desarrollo, un argumento basado en la percepción de la necesidad urgente de atender el problema del rápido crecimiento poblacional.

El enfoque de este artículo se limita a estas tres cuestiones. No pretende abordar toda la gama de temas tratados en la CIPD ni explora todos los aspectos del debate en torno a la política poblacional.

Pregunta 1: ¿Abandonó El Cairo la política poblacional?

La CIPD no abandonó la política poblacional. De hecho, al dirigirse tanto a factores socioeconómicos fuertemente relacionados con la alta tasa de fecundidad como a la necesidad de planificación familiar, propuso una estrategia más holística –y por lo tanto más efectiva– para reducir el rápido crecimiento demográfico. Las relaciones entre las tendencias demográficas y los diversos aspectos del desarrollo nunca se habían definido con precisión, aunque la mayoría de los expertos concuerda en que son complejas y recíprocas (National Research Council, 1986). Los encargados de la planificación poblacional que ven en la disponibilidad y promoción de anticonceptivos la única respuesta a los problemas de crecimiento poblacional, ven sólo una parte del ciclo de retroalimentación del desarrollo demográfico: que la planificación familiar ayuda a reducir la fecundidad, que a su vez alivia la presión sobre los sistemas de salud, escuelas, creación de empleos y el medio ambiente.

El Cairo no ignoró los problemas poblacionales ni la importancia que para su solución tiene la planificación familiar sino que nos recordó que la fecundidad disminuirá más rápido si *además* nos movemos más allá de la planificación familiar (Lapham y Mauldin, 1985). Reafirmó lo que la investigación siempre nos ha mostrado: que los aumentos en la educación y en los ingresos personales guardan una relación inversa con el tamaño deseado de la familia y que las iniciativas de desarrollo en beneficio de las mujeres –especialmente educación

para las mujeres y mejor acceso y control sobre recursos productivos—tienen el mayor efecto sobre las aspiraciones reproductivas (Pritchett, 1994). Cuando han recibido una educación (sobre todo más que la primaria), cuando sus hijos pequeños sobreviven y cuando sus opciones económicas y valor social van más allá de la procreación, las mujeres desean y tienen menos hijos. Eso es creación de demanda, y explica gran parte de la dramática reducción de la fecundidad que ocurre en casi todos los países en desarrollo.

El Cairo también reconoció el papel de los programas de planificación familiar. Durante las últimas tres décadas los programas organizados de planificación familiar han sido responsables de 40% de la reducción de la fecundidad en países en desarrollo (Bongaarts, 1995), y han tenido un gran impacto en los países en desarrollo, como Bangladesh, donde los esfuerzos masivos por llevar servicios a mujeres aisladas han resultado en una disminución de la fecundidad inesperada para el nivel de desarrollo de ese país (Phillips *et al.*, 1995). Una reducción de 40% en la fecundidad en menos de 30 años es un logro asombroso para los programas de planificación familiar —aunque es desconcertante que algunos críticos de El Cairo, que creen que un rápido aumento de la población representa una crisis, no exijan la aplicación de todas las iniciativas para la solución de problemas—. Algunos podrán argüir que la contribución de la planificación familiar habría sido mayor si fuera universalmente accesible. Sin embargo, en 1993 un estudio comparativo de la Encuesta sobre Demografía y Salud (EDS) encontró que en la mayoría de los lugares la falta de disponibilidad de servicios no era un obstáculo (Wilkinson *et al.*, 1993). Al mismo tiempo, el impacto de la planificación familiar podría aumentar si se eliminaran barreras médicas y mejorara la calidad de la información, métodos y servicios —atrayendo así nuevos clientes, aumentando la efectividad de los usuarios y reduciendo las deserciones (Mensch *et al.*, 1995).

Aunque tales mejoras en el servicio podrían atraer a muchas mujeres en categoría de “necesidad no satisfecha” y ayudarlas a evitar los embarazos no planeados, no hay evidencia de que la difusión y expansión de la disponibilidad de anticonceptivos *per se* tengan más que una mínima influencia en la fecundidad deseada. La “creación de demanda” más efectiva es aquella producida por el desarrollo social y por servicios de alta calidad que responden a las necesidades individuales de salud reproductiva. La comunicación en el sentido de El Cairo necesita centrarse en los mensajes e información requeridos para satisfacer tales necesidades.

Los datos numéricos sí importan en la movilización de recursos y en la elaboración de programas: al aumentar la proporción de individuos que usan anticonceptivos para evitar la fecundidad no deseada, el futuro crecimiento poblacional dependerá cada vez más de la inercia demográfica y de la fecundidad deseada que estén por encima del nivel de reposición. Como la inercia conllevará grandes aumentos en el número absoluto de gente que usa anticonceptivos, el financiamiento para la planificación familiar, salud reproductiva y otras inversiones sociales (tales como educación para las mujeres), requerirá una administración cuidadosa de los recursos del sector público (incluyendo un gasto mayor en los sectores sociales y menor en los militares). Tales esfuerzos deben convertirse en parte de la política poblacional e involucrar una fuerte coordinación intersectorial y de los donadores, si se han de obtener beneficios sinérgicos y efectivos en cuanto a costos.

Pregunta 2: ¿Se diluye la efectividad de los programas con el enfoque de salud reproductiva?

El Cairo exige un rango más amplio de servicios de salud reproductiva, incluyendo el tratamiento de IVR, la prevención y tratamiento de ETS, incluyendo VIH/SIDA y cuidados de la maternidad, además de la planificación familiar. En general, el enfoque de la salud reproductiva no implica el tomar una dirección nueva y amenazadora. De hecho, gran parte del enfoque simplemente refleja una buena práctica de planificación familiar, y en algunos aspectos ya se está realizando. En el caso de los DIU, por ejemplo, el tratamiento de las IVR antes de la colocación es esencial para ayudar a prevenir la inflamación pélvica, que puede resultar en dolores abdominales y presentar un grave peligro para la salud de la mujer (JHPIEGO, 1995). Esto llevaría al retiro del DIU y podría significar un cliente perdido para los servicios de planificación familiar, un embarazo no deseado y una "mala imagen". Incluir la prevención de ETS/VIH por medio de asesorías y suministro de preservativos no debe seguir siendo un "extra" en la planificación familiar. Muchos clientes no conocen los riesgos de los métodos anticonceptivos o creen erróneamente que cualquiera los protege del sida y otras ETS. Algunos métodos de planificación familiar protegen y otros no protegen contra estas enfermedades: los principios de una elección informada en la planificación familiar requieren revelar las ventajas y desventajas específicas de cada método. La cuestión es que la asesoría en relación

con las ETS/VIH y el tratamiento de algunas IVR se consideran ahora como parte de la planificación familiar (USAID Office of Population, 1995).

Tratar las ETS sí requiere un esfuerzo adicional. Aunque no todas las instalaciones disponen de un laboratorio, el personal puede ser capacitado para hacer diagnósticos por síntomas y/o utilizar medios diagnósticos de bajo costo y germicidas donde y cuando sean disponibles, así como recetar antibióticos según se indique, sin arriesgar la eficacia de los servicios anticonceptivos (Sherris, 1993). Si es factible, tiene sentido desde el punto de vista del programa y del cliente hacerse cargo a la vez de intervenciones de las vías reproductoras. La falta de poder en la toma de decisiones sexuales suele ser lo que subyace tanto en los embarazos no deseados como en las ETS (Dixon-Müeller, 1995). Ayudar a las mujeres a evitar o tratar las ETS y, hasta donde sea posible, lidiar con los problemas de fondo (como enseñar a las mujeres técnicas de negociación en el uso del condón) también puede reeditar en crear confianza y una buena imagen para los servicios.

Asimismo, incluir los cuidados de la maternidad en el paquete básico de salud reproductiva puede devolver credibilidad al eufemismo "planificación familiar" y sugerir que al programa realmente le interesa planificar familias y no sólo prevenir embarazos. ¿Qué impacto tendría esto sobre los servicios de planificación familiar? En realidad, un gran porcentaje de las instalaciones de salud en el mundo ya ofrece, integrados a la planificación familiar, servicios de salud materno-infantil. En otros países, los programas de planificación familiar quizás sean verticales en el nivel administrativo, aunque se ofrecen en instalaciones donde quien presta los servicios de salud materno-infantil y los de planificación familiar suele ser la misma persona. Algunos programas genuinamente verticales están en proceso de integrar los servicios, en parte para atraer y conservar clientes para la planificación familiar. En Pakistán, una evaluación de necesidades encontró que la falta de integración de la planificación familiar con otros servicios materno-infantiles era un obstáculo para incrementar la prevalencia de anticonceptivos (UNFPA, 1992). Integrar los cuidados de la maternidad a los servicios de planificación familiar debería ser una prioridad mayor para los donantes en lugares donde la fecundidad ha disminuido debido a los grandes esfuerzos de un programa, aunque ha permanecido intacta la tasa de mortalidad materna, como en Bangladesh e Indonesia.

Aparte del mérito de estos esfuerzos, en lugares donde la prevalencia oscila entre 40 y 55%, la integración puede proporcionar la credibilidad que necesitan mujeres no afectadas para pasar de ser clientes potenciales a clientes reales de la planificación familiar (Schuler *et al.*, 1994).

A algunos críticos les preocupa que el enfoque integrado de la entrega de servicios pueda exigir demasiado de quienes trabajan en ese campo y diluir la calidad del servicio. Esto supone que la integración requiere que todos los servicios de salud reproductiva sean prestados al mismo nivel del sistema de salud, que no es en absoluto el caso. El enfoque de la salud reproductiva propone una concepción sistémica de la entrega de servicios, donde los distintos elementos del paquete están conectados eficazmente a diversos niveles del sistema de salud—desde el trabajador hasta el hospital de distrito, pasando por los pequeños centros de salud—. Esto no implica un enfoque de “todo o nada”; más bien parte de una evaluación cuidadosa de las necesidades de salud reproductiva de la población y de la capacidad del sistema existente para proveer dichos servicios y dirige cada vez más las inversiones específicas hacia los espacios que no cubre el sistema (Pachauri, 1995).

El Cairo también exige servicios de planificación familiar de mayor calidad, centrados en el cliente. El enfoque de la salud reproductiva también implica reorientar los programas para satisfacer las necesidades de sus clientes y dejar a un lado las metas demográficas—tanto cantidades de “aceptantes” como logros específicos por método, basados en “varios años de protección”—. Las intenciones, necesidades y preferencias reproductivas de los clientes se vuelven el centro de la atención, determinadas por una orientación adecuada, entrevistas comunitarias, “grupos-foco” y encuestas. Aunque algunos puedan pensar que mejorar la calidad de los servicios—sobre todo en las interacciones cliente-proveedor— es un lujo que el mundo no se puede dar, una creciente cantidad de evidencia sugiere que el enfoque centrado en el cliente aumenta de manera significativa la utilidad y uso de anticonceptivos y atrae nuevos clientes (Johns Hopkins University y Programa de Información Poblacional, 1994; Population Reference Bureau, 1994; Bulatao *et al.*, 1993).

La conversión de los millones de mujeres de la categoría “necesidad no satisfecha” a la de utilización efectiva contribuiría de manera importante a la reducción global de la fecundidad (Sinding *et al.*,

1994). Por lo tanto, se debe ponderar la coexistencia de una necesidad no satisfecha tan grande con una conciencia casi universal de planificación familiar moderna, así como los sitios donde “el suministro, costo y acceso son ahora los obstáculos menos importantes” reportados por las EDS (Westoff y Bankole, 1996). También es preocupante que las relaciones públicas para conseguir ayuda extranjera para programas poblacionales continúen catalogando a los 120 millones de mujeres de la categoría “necesidad no satisfecha” como mujeres que no tienen acceso a la planificación familiar. Debería ser suficientemente urgente solicitar fondos para satisfacer la necesidad de estas mujeres de evitar embarazos no deseados por medio de lo que realmente les será de utilidad: mejor calidad en los servicios, expansión para atender el creciente número de clientes que resultan de la inercia y del incremento en la demanda y programas dirigidos a las necesidades especiales de la juventud, así como factores contextuales, tales como la dominación masculina en la toma de decisiones sexuales y reproductivas (Casterline *et al.*, 1995; Berer y Ravindran, 1995; Bongaarts y Bruce, 1995).

Dado que un número significativo de mujeres en la categoría de necesidad no satisfecha son desertoras (Westoff *et al.*, 1995) de programas de planificación familiar, se vuelve más evidente la necesidad de mejorar la calidad de los servicios. Por ejemplo, Sahar El-Tahula concluye en un análisis de la EDS de 1992 para Egipto que “si Egipto ha de mantener el ritmo de disminución de la fecundidad, debe reducir la gran falta de continuidad que con excesiva frecuencia resulta en procreación no deseada. Las asesorías y el seguimiento son clave tanto para ayudar a los usuarios a evitar la discontinuidad como para asegurarse de que aquellos que experimenten problemas cambien a otro método en lugar de abandonar el uso del método original” (Mahran *et al.*, 1995). Estudios afines encontraron que mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar también será fundamental para incrementar el uso inicial de anticonceptivos en Egipto y que la reputación del proveedor es importante para atraer a los usuarios.

En un estudio de 1994 del Consejo de Población, en el que se vuelve a entrevistar a unas 1 100 mujeres entrevistadas originalmente en la EDS de Perú de 1991 a 1992, se encontró que la calidad de los cuidados tenía un efecto significativo en el cumplimiento de la intención de las mujeres de evitar embarazos; en tanto, la disponibilidad de los servicios tuvo un impacto débil y la exposición a los anuncios de planificación familiar en los medios masivos de comunicación no tu-

vo efecto alguno (Mensch *et al.*, 1995). La calidad fue medida con un análisis situacional estandarizado, basado en un puntaje compuesto de seis variables.

Otras investigaciones señalan la importancia de tener una gama de métodos disponibles, de superar los sesgos de los proveedores y, salvo que sea riesgoso para ellas, de respetar el método elegido por la mujer. Se sabe que si una mujer recibe el método que tenía en mente antes de llegar a la clínica es mucho más probable que continúe utilizándolo, y, a la inversa, es altamente probable que deserten aquellas que no reciben lo que quieren (Pariani *et al.*, 1991). Un estudio de la International Planned Parenthood Federation (IPPF) sobre seis países encontró que recibir demasiada información puede llevar a una falta de comprensión del método seleccionado, y se le asocia con la falta de continuidad (Huezo y Malhorta, 1993). Se ha visto que el uso de materiales de consulta ya probados con un auditorio, y que el cliente puede llevarse a su casa, incrementa la retención de puntos importantes —además, los materiales se comparten con otras personas (Haffey *et al.*, 1984). Estos estudios también muestran que el acuerdo de las parejas en cuanto al método está relacionado de modo significativo con el seguimiento, y, de ser viable para las mujeres, debe ser fomentado.

La información clara y el asesoramiento sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos tienen gran importancia (Mtwali *et al.*, 1994). Las EDS encontraron que los efectos secundarios y los efectos negativos sobre la salud son las razones aducidas con mayor frecuencia respecto a la falta de continuidad entre mujeres que no pretenden embarazarse. Las tasas de deserción son mayores entre aquellas que reciben una orientación inadecuada o nula sobre los efectos secundarios (Huezo y Malhorta, 1993; Cotton *et al.*, 1992). En Bangladesh 25% de los nacimientos posiblemente refleje fallas anticonceptivas, asociadas al desempeño de los trabajadores de salud con todos los métodos temporales, excepto las inyecciones y los DIU (Bairagi y Rahman, 1996). Las asesorías amables, respetuosas, confidenciales, prácticas y enfocadas a las intenciones, preferencias y condiciones de vida del cliente se asocian con la satisfacción de éste (Gallen *et al.*, 1987; Comisión de Planeación Familiar del Gobierno de China y PATH, 1996). Los usuarios satisfechos continúan usando la planificación familiar y atraen nuevos clientes: una espiral ascendente de necesidades individuales y metas demográficas. Por ello, la cuestión que se plantea es ¿podemos darnos el lujo de no invertir en calidad?

Pregunta 3: ¿Se debilitará el apoyo político y financiero al desligar la planificación familiar del control demográfico?

Una tercera inquietud de los críticos de El Cairo es que el enfoque de la salud reproductiva, al desligar los servicios de planificación familiar de los objetivos de reducir la fecundidad, significará una pérdida de apoyo financiero y político de los legisladores y otros funcionarios públicos preocupados por el rápido crecimiento poblacional. Durante la preparación de la conferencia de El Cairo, defensores de la salud y derechos femeninos expresaron su inquietud de que las políticas demográficas promotoras de la planificación familiar como método para evitar los efectos adversos del rápido crecimiento poblacional sobre el desarrollo económico y el medio ambiente, han conducido a programas que descuidan la salud reproductiva de la mujer y frecuentemente chocan con sus derechos reproductivos. Citaron evidencias de una serie de países, demostrando cómo los programas demográficos verticales se han centrado más en alcanzar metas demográficas que en satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la población a la que supuestamente sirven. En algunos casos tratar de alcanzar las metas demográficas involucra prácticas que implícita o abiertamente chocan con los derechos reproductivos individuales.¹

La preocupación respecto a los problemas poblacionales –tanto aquellos relacionados con los objetivos del desarrollo como los ligados a problemas ambientales– ha sostenido durante los últimos 25 años el apoyo financiero de los congresos de Estados Unidos y otros países donantes a las actividades demográficas. Este apoyo se basa en dos argumentos económicos para asignar fondos del sector público a la planificación familiar. El primero se refiere a lo que los economistas llaman “externalidades”, que aparecen cuando las parejas individuales no cargan con la totalidad del costo de sus hijos. Estos costos sociales incluyen un crecimiento económico más lento, disminución de inversiones en servicios sociales y deterioro ambiental. La segunda línea de razonamiento se relaciona, más que con externalidades, con “fallas de mercado”, que ocurren cuando la gente tiene una fecundidad más alta de la que elegirían si los mercados de información y servicios anticonceptivos estuvieran funcionando de manera eficiente (Chomitz y Birdsall, 1991).

¹ Para una gama de perspectivas, véase Sen *et al.*, 1994; Dixon-Müeller, 1993; Mason, 1994.

La mayor parte de la atención se ha centrado en las externalidades, en parte porque los argumentos para las fallas de mercado son más difíciles de establecer y el mandato que ofrecen no es tan arrollador como el espectro de una crisis demográfica global. Pocos habían cuestionado esta lógica hasta mediados de los ochenta, cuando la academia nacional de ciencias de Estados Unidos emitió un reporte que dio lugar a muchas dudas sobre la validez empírica del argumento de las externalidades y recomendó un enfoque más cuidadoso. Este enfoque es resumido en un examen reciente de evidencias sobre externalidades, hecho por un destacado economista demográfico:

Pueden justificarse políticas de fecundidad más estrictas con argumentos que no se consideran aquí: la sociedad puede estar más interesada que los propios encargados de tomar decisiones familiares, en el bienestar de las futuras generaciones o en el de algunos miembros actuales de la familia, o la sociedad puede estar más interesada en la distribución del ingreso que en la mera eficiencia *paretiana* (para los no economistas, léase "económica"). Sin embargo, aquí el principal hallazgo es que dado el estado actual de la investigación, las externalidades de la procreación no proporcionan por sí mismas un argumento convincente para políticas de fecundidad que impliquen incentivos financieros o distintas formas de coerción. Aquí el análisis –limitado a casos de externalidades de la procreación puras o técnicas– no sugiere que en la mayoría de los países en desarrollo las políticas de fecundidad deban ir más allá de ayudar a padres bien informados a alcanzar las metas escogidas en cuanto al tamaño de la familia (Lee y Miller, 1991).

El análisis hace notar que las consecuencias ambientales del crecimiento demográfico no están incluidas como factores de evaluación, aunque sí previene que hay bastante incertidumbre en cuanto a los lazos entre crecimiento poblacional y deterioro ambiental. Los defensores de la salud de las mujeres han enfatizado que los patrones de consumo en países ricos tienen un impacto mucho mayor sobre el medio ambiente que la conducta reproductiva de las mujeres pobres en países en desarrollo.

El enfoque revisionista, como algunos han dado en llamar a la postura antes esbozada, no niega la posibilidad de que en algunos países puedan ocurrir externalidades importantes (Kelley y Schmidt, 1994; Banco Mundial, 1994). Evidentemente, traslada el centro del debate político del enfoque "testarudo" de querer resolver el problema poblacional global, hacia una evaluación de los lazos entre población y desarrollo en países específicos con condiciones económicas,

demográficas e institucionales específicas. Aun cuando los problemas poblacionales son serios, el enfoque demográfico vertical es cuestionable: una serie de estudios duda tanto de la necesidad como de la eficacia de medidas que restrinjan la elección reproductiva individual, incluso en lugares con una importancia demográfica tan grande como India y China (Dreze y Sen, 1995). El enfoque revisionista también es consecuente con el “enfoque centrado en las personas” que fue consensual en El Cairo –es decir, que el papel apropiado de la acción gubernamental en el campo de la planificación familiar es ayudar a la gente a realizar sus intenciones reproductivas, y en los casos en que es necesario llevar a cabo acciones para desacelerar el crecimiento demográfico, tales acciones deben darse en el marco más amplio de la política social (en particular en la educación y las mejoras de la condición de la mujer), en lugar de darse por medio de la planificación familiar.

Lo que también hacen tanto el consenso de El Cairo como el enfoque revisionista de las externalidades es exigir un razonamiento más cuidadoso de los argumentos para involucrar al sector público en la planificación familiar y en la salud reproductiva. La planificación familiar no se clasifica como un “bien público”, en el sentido utilizado por los economistas –bienes para los cuales es imposible imponer un cargo al usuario y para los cuales el costo marginal de un usuario adicional es de cero. Los argumentos más sólidos son aquellos relacionados con fallas en la información (los individuos pueden no comprender la totalidad de las consecuencias de sus actos reproductivos, o el mercado puede no proporcionar información precisa acerca de cómo regular la fecundidad) o en la justicia social, lo cual sitúa la discusión más allá del terreno de la eficiencia económica y exige que el gobierno establezca la infraestructura básica de salud para hacer llegar a los pobres la planificación familiar y otros servicios e información sobre salud reproductiva (Chomitz y Birdsall, 1991; Barr, 1993). Ninguno de estos argumentos ofrece una justificación inmediata para las disposiciones gubernamentales, y ni siquiera para el financiamiento de servicios. En algunos casos el papel apropiado del gobierno puede ser el de regulador –por ejemplo, garantizar la calidad de los servicios o productos ofrecidos o proteger a los productos farmacéuticos de tarifas monopolísticas. Cuando el objetivo es la justicia social, el gobierno puede optar por intervenir mediante subsidios o bonos que permitan a los pobres obtener los servicios necesarios de proveedores privados.

Desde que publicó su Reporte Mundial de Desarrollo de 1993, *Inversiones en Salud*, el Banco Mundial ha abogado por el uso del análisis "peso (ponderado) de la enfermedad"² para establecer las prioridades de la participación del sector público. Este enfoque ha resultado bastante efectivo para hacer avanzar las agendas de reforma en salud –de modo que el gasto público en salud se concentre en los servicios básicos para los pobres y no en costosos servicios curativos cuyos beneficios se acumulan principalmente en las élites urbanas. En países con alta fecundidad y mortalidad, el enfoque BOD da una prioridad bastante alta a las intervenciones en salud reproductiva y planeación familiar. Sin embargo, la fuerza del análisis depende mucho del nivel de mortalidad infantil debido al sistema de ponderación que subyace al enfoque BOD, y los puntajes de prioridad caen rápidamente a medida que disminuyen las tasas de mortalidad infantil. Los análisis BOD en países con baja fecundidad y baja mortalidad producen típicamente ponderaciones bajas para las intervenciones en salud reproductiva, incluso en regiones –Europa del Este y la ex Unión Soviética– donde los defensores de la salud reproductiva han identificado grandes necesidades.

Las limitaciones de la actual metodología BOD para salud reproductiva y planeación familiar son de dos tipos. En primer lugar, la epidemiología de muchas IVR y las consecuencias de complicaciones del embarazo mal tratadas están muy poco documentadas, lo cual contribuye a su débil aparición en las tablas de afectación típica usadas para calibrar las evaluaciones BOD. En los pocos casos en que sí se han documentado estas consecuencias, han demostrado ser profundas y serias (Zuraky *et al.*, 1993; IUSSP, 1996). La segunda limitación es que los beneficios de la salud reproductiva van mucho más allá de la mortalidad y morbilidad –por ejemplo, los beneficios de proporcionar a las mujeres información y servicios de alta calidad en cuanto a la regulación de la fecundidad incluyen evitar la mortalidad y morbilidad asociadas con embarazos mal programados o no deseados, aunque no están limitados a ello: implican además sustanciales beneficios individuales, familiares y sociales a los cuales tienen derecho todos los miembros de la sociedad y que también están relacionados con los beneficios económicos que se acumulan al mejorar la posición de las mujeres, resultado de darles control sobre sus vidas reproductivas.

² En inglés *burden-of-disease* (BOD).

Los argumentos a favor de la salud reproductiva deben fortalecerse en ambas áreas. Al desligar El Cairo a la planificación familiar de los problemas poblacionales, la situó, junto con la salud reproductiva, dentro de un terreno no tan al parejo con otras prioridades de salud, en un mundo donde la competencia por los escasos recursos del sector público es intensa. De hecho, El Cairo ha incrementado la apuesta al exigir un mayor conjunto de servicios básicos de salud reproductiva además de la planificación familiar, y al recomendar en estas actividades un acercamiento al apoyo del sector público más sutil que el de los antiguos defensores del problema poblacional.

Conclusión: ¿Abandonó El Cairo a la población y debilitó el financiamiento destinado a la planificación familiar?

No, aunque sí se deben articular nuevos mensajes para los donantes y para quienes elaboren políticas:

1) La postura de El Cairo reconoce los problemas poblacionales; el enfoque que adopta –uno más holístico y centrado en el individuo– representa una *estrategia más efectiva* para lograr reducir la fecundidad y otros objetivos deseables del desarrollo. Igualmente, El Cairo responde a lo que esperan las mujeres de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar: atención a sus necesidades y ser tratadas con respeto y no como objetos de medidas poblacionales.

2) El diálogo con los financiadores y encargados de formular políticas puede seguir tratando directamente el tema de reducir la tasa de rápido crecimiento poblacional, aunque los servicios deben centrarse en satisfacer los deseos de fecundidad y otras necesidades de salud reproductiva de los clientes para ser efectivos, y porque las mujeres simplemente ya no tolerarán la antigua forma de hacer las cosas.

3) La salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, puede así recibir prioridad especial de los encargados de elaborar políticas, porque sí representa la mejor forma de abordar los problemas poblacionales. Aunque deban competir con otros serios problemas de salud (como la malaria), las intervenciones en salud reproductiva deben elevarse por encima de su nivel actual, porque sus males son profundos y debilitan la vida de cientos de millones de mujeres. Lajarquización de enfermedades e incapacidades usando los métodos

BOD no es independiente de los valores, y las aflicciones de las mujeres, que han sido sistemáticamente subapreciadas.

4) Demostrar más efectivamente los efectos adversos de la mala salud reproductiva y los beneficios positivos de la salud reproductiva también fortalecerá las posibilidades de incluirla, junto con la planificación familiar, en el paquete básico de servicios de salud que se exige en las agendas de reforma en salud. En la medida en que estos procesos de reforma se alejen de los programas únicos en salud (ya sean de planificación familiar, malaria u otras intervenciones de gran calibre) y se acerquen a los enfoques sectoriales con fuertes estrategias financieras y una cuidadosa diferenciación entre los roles de los sectores público y privado en salud, será más importante que éstas se coloquen en la base más firme establecida por el movimiento de reforma para sustentar las inversiones en planificación familiar y salud reproductiva que ya se han hecho.

5) El argumento de que es necesario un enfoque de crisis poblacional para inducir a los legisladores de Estados Unidos a destinar fondos a programas de planificación familiar se basa en la percepción de que los contribuyentes sólo aportarán ayuda al extranjero si es para resolver un problema global de población. Esto no se confirma en los sondeos y encuestas sobre ayuda al extranjero en general, y población y planificación familiar en particular, pues éstos muestran un fuerte apoyo de los votantes a la planificación familiar y salud reproductiva por los beneficios que ofrecen a las mujeres individuales. Si bien los votantes están preocupados por las cuestiones demográficas globales, "el apoyo del público a la asistencia en planificación familiar se basa en la creencia subyacente y generalizada de que todos deben tener acceso a la contracepción. Los votantes norteamericanos también creen que las personas tienen derecho a elegir cuántos hijos quieren tener" (Stief y Kalish, 1994).

6) Retomar los argumentos de crisis poblacional para atraer la atención de los legisladores puede ser tentador, aunque comporta dos serios riesgos. El primero es que también atrae la atención de los desprestigiadores, que ya han minado seriamente la credibilidad de la planificación familiar como solución a los problemas poblacionales y han llamado la atención hacia la sobresimplificación y falta de validez empírica de los argumentos de la crisis. El segundo es que aunque algunos estén convencidos, es un trato faustiano: si uno acepta resolver el problema poblacional con planificación familiar, los financiadores lo tendrán a uno por responsable. Si bien la planificación

familiar ha contribuido claramente a reducir la fecundidad en el pasado, se nos ha recordado una y otra vez que los aumentos poblacionales futuros en los países en desarrollo se deberán en gran medida a la inercia demográfica. Aunque cubrir las necesidades no satisfechas de planificación familiar puede desempeñar un papel importante, una política social más amplia –en particular en la educación de las niñas– es clave para lograr la reducción en el tamaño de familia deseado y el retraso en la edad de inicio en la procreación, necesarios para contrarrestar la inercia.

¿Eliminó El Cairo a la población de las políticas poblacionales? No lo creemos así. Con un crecimiento poblacional futuro asociado cada vez más a la inercia y a una fecundidad deseada, y dadas la disponibilidad generalizada de servicios y las razones de necesidad no satisfecha, no tiene sentido regresar a los programas de planificación familiar de orientación demográfica. El enfoque centrado en las personas es el camino del futuro –el camino efectivo.

A final de cuentas, quizás todo se reduzca a valores. Tomemos aquí cierta guía de debates pasados y de los paralelos entre el actual debate poblacional y los diferentes puntos de vista de los padres fundadores de Estados Unidos en cuanto a la gobernabilidad. Alexander Hamilton escribió:

Todas las comunidades se dividen entre los pocos y los muchos. Los primeros son los ricos y biennacidos, los otros son la masa del pueblo[...] El pueblo es turbulento y dependiente; rara vez juzga o determina bien. Dad por lo tanto a la primera clase una clara y permanente parte en el gobierno. Ellos corregirán la inestabilidad de los segundos. (Hamilton, 1787).

En cambio, Thomas Jefferson opinó:

No conozco un depósito más seguro para los poderes últimos de la sociedad que el pueblo mismo; y si consideramos que no está lo suficientemente iluminado para ejercer su control con total prudencia, el remedio no es quitárselo, sino informar su prudencia (Jefferson, 1820).

Bibliografía

Bairagi, Radheshyan y Mizanur Rahman (1996), "Contraceptive Failure in Matlab, Bangladesh", *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, núm. 1, pp. 21-25.

- Banco Mundial (1994), *Population and Development: Implications for the World Bank*, Washington D. C.
- Barr, Nicholas (1993), *The Economics of the Welfare State*, Stanford, Stanford University Press.
- Berer, Marge y T.K. Sundari Ravindra (1995), "Pregnancy, Birth Control, STDs and AIDS: Promoting Safer Sex", *Reproductive Health Matters*, núm. 5.
- Bongaarts, John (1995), "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions", *Population Council Working Papers*, núm. 71.
- y J. Bruce (1995), "The Causes of Unmet Needs for Contraception and the Social Content of Services", *Studies in Family Planning*, vol. 26, núm. 2.
- Bulatao, R. *et al.* (1993), *Effective Family Planning Programs*, Washington D. C., Banco Mundial.
- Casterline, John *et al.* (1995), "Factors Underlying Unmet Need for Family Planning in the Philippines", trabajo presentado en la reunión anual de la Population Association of America, San Francisco, 6-8 de abril.
- Chomitz, Kenneth M. y Nancy Birdsall (1991), "Incentives for Small Families: Concepts and Issues", *Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics 1990*, Washington, Banco Mundial, pp. 309-339.
- Comisión de Planeación Familiar del Gobierno de China y PATH (1996), "Face to Face: Training Family Planning Workers in China", PATH y UNFPA
- Cotton, N. *et al.* (1992), "Early Discontinuation of Contraceptive Use in Niger and the Gambia", *International Family Planning Perspectives*, vol. 18, núm. 4, pp. 145-149.
- Dixon-Müeller, Ruth (1993), *Population Policy and Human Rights: Transforming Reproductive Choice*, Westport, CT, Praeger.
- (1995), "The Sexuality Connection in Reproductive Health", en Sandra Zeidenstein y Kirsten Moore (eds.), *Learning About Sexuality*, Nueva York, The Population Council/International Women's Health Coalition.
- Dreze, Jean y Amartya Sen (1995), *India: Economic Development and Social Opportunity*, Nueva Delhi, Oxford University Press, pp. 77-83.
- Gallen, Moira *et al.* (1987), "Counseling Makes a Difference", *Population Reports*, serie J, núm. 35.
- Haffey, Joan *et al.* (1984), "Communicating Contraception", *Populi*, vol. 11, núm. 2, pp. 31-39.
- Hamilton, Alexander (1787), *Debates of the Federal Convention*, 18 de junio.
- Huezo, Carlos y U. Malhorta (1993), *Choice and User-continuation of Methods of Contraception, a Multicentered Study*, Londres, IPPF.
- IUSSP (1996), "A Research Agenda for Reproductive Health", *IUSSP Newsletter*, Comité de Salud Reproductiva, vol. 54.
- Jefferson, Thomas (1820), *Letter to William Charles Jarvis*, 28 de septiembre.
- JHPIEGO (1995), *Genital Tract Infection Guidelines for Family Planning Service Programs*, 2a. ed., Baltimore, John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health.

- John Hopkins University y Programa de Información Poblacional (1994), "Family Planning Lessons and Challenges: Making Programs Work", *Population Reports*, serie J, núm. 40.
- Kelley, Allen y Robert M. Schmidt (1994), "Population and Income Change: Recent Evidence", documento de trabajo núm. 249, Washington D. C., Banco Mundial.
- Lapham, Robert R. y Parker Mauldin (1985), "Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning Programs", *Studies in Family Planning*, vol. 16, núm. 3, pp. 117-137.
- Lee, Ronald D. y Timothy Miller (1991), "Population Growth, Externalities to Childbearing, and Fertility Policy in Developing Countries", *Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics 1990*, Washington, Banco Mundial, pp. 275-308.
- MacIntosh, Allison y Jason L. Finkle (1995), "The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm?", *Population and Development Review*, vol. 21, núm. 2, pp. 223-260.
- Mahran, Maher *et al.* (eds.) (1995), *Perspectives on Fertility and Family Planning in Egypt*, Consejo Nacional de Población de Egipto y Macro International, pp. vii-viii.
- Mason, Karen Oppenheim (1994), "Do Population Programs Violate Women's Human Rights?", *Asia Pacific Issues*, Hawaii, East-West Center, núm. 15.
- Mensch, Barbara *et al.* (1995), "Meeting Reproductive Goals: The Impact of the Quality of Family Planning Services on Unintended Pregnancy in Peru", *Population Council Working Papers*, núm. 81.
- Mtawali, Grace *et al.* (1994), "Contraceptive Side Effects: Responding to Clients' Concerns", *Outlook*, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), vol. 12, núm. 3.
- National Research Council (1986), *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*, Washington D. C., National Academy Press.
- Pachauri, Saroj (1995), "Defining a Preproductive Health Package for India: A Proposed Framework", *Population Council Regional Working Papers*, núm. 4, Nueva Delhi, India.
- Pariani, Siti *et al.* (1991), "Does Contraceptive Choice Make a Difference to Contraceptive Use? Evidence from East Java", *Studies in Family Planning*, vol. 22, núm. 6.
- Phillips, James F. *et al.* (1995), "The Long-term Demographic Role of Community-based Family Planning in Rural Bangladesh", *Population Council Working Papers*, núm. 73.
- Population Reference Bureau (1994), "Family Planning Programs: Diverse Solutions for a Global Change".
- Potts, Malcolm (1995), "Cairo: A Skewed Consensus", *Population Today*, vol. 23, núm. 11, pp. 4-5.
- Pritchett, Lant (1994), "Desired Fertility and the Impact of Population Policies", *Population and Development Review*, vol. 20, pp. 1-55.

- Schuler, Sidney *et al.* (1994), "Misinformation, Mistrust, and Mistreatment: Family Planning among Bolivian Market Women", *Studies in Family Planning*, vol. 25, núm. 4, pp. 211-221.
- Sen, Gita *et al.* (1994), *Population Policies Reconsidered*, Boston, Harvard University Press.
- Sherris, Jacqueline (1993), "Syndromic Diagnosis of STDs", *Global Access to STD Diagnostics*, PATH, vol. 2, núm. 2.
- Sinding, Steven *et al.* (1994), *Seeking Common Ground: Demographic Goals and Individual Choice*, Population Reference Bureau.
- Stief, Thomas y Susan Kalish (1994), "Americans Concerned about Population Issues as World Conference Gets Underway", *Population Today*, vol. 22, núm. 9.
- UNFPA (1992), *Program Review and Strategy Development, Pakistan*.
- USAID Office of Population (1995), *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, vol. 1.
- Westoff, Charles F. (1995), "International Population Policy", *Social Science and Modern Society*, vol. 32, núm. 4, pp. 11-15.
- *et al.* (1995), "Unmet Need: 1990-1994", *DHS Comparative Studies*, Columbia, Macro International, núm. 16.
- y A. Bankole (1996), "The Potential Demographic Significance of Unmet Need", *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, núm. 1, pp. 16-20.
- Wilkinson, *et al.* (1993), "The Availability of Family Planning and Maternal and Child Health Services", *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, Columbia, MD, Macro International, núm. 7.
- Zurayk, H. H. *et al.* (1993), "A Comparison of Women's Report and Medical Diagnosis of Reproductive Morbidity Conditions in Rural Egypt", conferencia de IUSSP, Montréal.