

1999

El Cairo+5: avances en el ojo de la tormenta

Sonia Correa; Gita Sen

Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN)

En el primer semestre de 1999, Naciones Unidas evaluará lo que se consiguió llevar a la práctica de las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994. El proceso es conocido como El Cairo+5 y comenzará en febrero en La Haya, donde foros de ONG y jóvenes precederán un primer encuentro gubernamental. Una sesión especial de la Comisión de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo debatirá del 22 al 30 de marzo en Nueva York el borrador del informe del secretario general sobre la implementación del CIPD, y está previsto que se destaquen zonas claves para acciones futuras. La etapa final de las negociaciones está programada para una sesión especial de la Asamblea General de la ONU a fines de junio.

El consenso de El Cairo representa un importante cambio de paradigma con respecto al debate de la población y políticas relacionadas. Pero los acuerdos alcanzados relativos al género y los derechos reproductivos se lograron en base a acuerdos sobre los derechos de la mujer que se alcanzaron previamente en la conferencia de la ONU sobre derechos humanos celebrada en Viena, en 1993. A la vez, los compromisos sobre igualdad de género y salud reproductiva asumidos en 1995 en la Cumbre Mundial de Desarrollo Social, en Copenhague, se basaron fundamentalmente en definiciones de la CIPD, mientras la Plataforma de Acción de Beijing, de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, amplió los acuerdos de Viena sobre los derechos de esta, las recomendaciones de El Cairo sobre la salud y los derechos reproductivos, y la agenda macroeconómica de la CMDS. El Cairo+5 es un importante ejercicio de política mundial en sí mismo. Dados los importantes vínculos entre las cuatro conferencias antes mencionadas, también tendrá consecuencias estratégicas para lo que ocurra luego en Copenhague+5 y Beijing+5.

Significado de los acuerdos de El Cairo

La política de población siempre ha sido discutible. Enfrentamientos entre distintas perspectivas y puntos de vista se sucedieron en las anteriores Conferencias de Población Mundial, en Bucarest, en 1974, y en la ciudad de México, en 1984. Pero nunca antes de El Cairo hubo tanta cantidad de actores discutiendo las políticas de población en el foro público. La transformación resultante del debate fue profunda. La CIPD desvió el rumbo de la política de los enfoques regidos por la demografía a las políticas orientadas hacia los derechos humanos, el bienestar social y la igualdad de género, con especial hincapié en la salud y los derechos reproductivos.

Durante y después de la CIPD hubo ciertas quejas de la comunidad de ONG del Sur, porque los temas de desarrollo quedaron en segundo lugar frente a la batalla por el aborto.² La negociación del Capítulo III, «Interrelaciones entre población, crecimiento económico sostenido y desarrollo

sustentable», del Programa de Acción de la CIPD, fue, de hecho, tensa y difícil. El clima de creciente distanciamiento entre el Norte y el Sur que caracterizó a los años 1990 vició el ambiente de todas las conferencias de la ONU en esta década. Las posiciones del Grupo de los 77 fueron mucho menos cohesivas que en el pasado. Dado este contexto, el contenido acordado en el Capítulo III es en gran parte favorable al Sur. Reconoce el derecho al desarrollo como derecho universal e inalienable y como parte integral de los derechos humanos fundamentales, y argumenta que «los programas de ajuste estructural... se diseñen e implementen de manera que tomen en cuenta inquietudes sociales y ambientales».

El Capítulo III se refiere enérgicamente a los problemas de desigualdad en y entre las naciones y a las necesidades de las mujeres pobres de todo el mundo. La sección sobre sustentabilidad define como su objetivo la necesidad de reducir el consumo y la producción insustentables y la administración efectiva de los residuos.³ Argumenta a favor de la inversión en los seres humanos y la necesidad de fortalecer la suficiencia alimentaria. De esta manera, aunque concisos, los acuerdos de la CIPD sobre población, desarrollo y ambiente de hecho fijaron una base sólida para las negociaciones de la CMDS en Copenhague. En consecuencia, ésta fue más incisiva y clara con respecto a los requisitos para un ambiente económico habilitante: el reconocimiento de las consecuencias adversas de los programas de ajuste estructural, la importancia de la reducción de la deuda externa y el valor de la Iniciativa 20/20.

Pero lo más importante es que la CIPD fue un momento decisivo para las mujeres. **Por primera vez fuera de las conferencias específicamente dedicadas a la mujer, la comunidad mundial adoptó un importante cambio de rumbo en la política, que fue iniciado y apoyado por mujeres y que puede redundar en interés de las mujeres.** El Capítulo IV, «Igualdad de género, equidad y potenciación de la mujer», abandona el discurso viejo y neutral sobre la condición de la mujer por un reconocimiento más positivo de las relaciones de poder entre los géneros. Contiene secciones sobre la potenciación de la mujer, incluidos los derechos económicos; sobre las niñas, incluidos la oposición a la preferencia por los hijos varones y la selección del sexo; contra la mutilación genital femenina, el infanticidio, el tráfico, la prostitución y la pornografía infantiles; y a favor de programas para educar a los hombres hacia una conducta más responsable.

El Capítulo V, «La familia, sus roles, derechos, composición y estructura», reconoce la existencia de una variedad de formas de ésta y define los objetivos de la política como el apoyo a las familias, la seguridad social para la crianza de los hijos y la protección de los derechos de las mujeres y los niños dentro de las familias. Al reconocer las cada vez peores condiciones de las familias pobres debido a la caída del gasto social, resultado de recortes presupuestales, defiende la ayuda especial, sobre todo para las familias con un solo progenitor. El Capítulo VI también trata sobre las necesidades de aquéllos hasta ahora marginados por las políticas y los programas: los niños y los jóvenes, los ancianos, los pueblos indígenas y los discapacitados.

El Capítulo VII, «Salud reproductiva, derechos reproductivos y planificación familiar», provocó la negociación más prolongada. El capítulo comienza con la definición de la OMS de salud reproductiva y sexual⁴ y continúa con la definición de derechos reproductivos como el derecho de

tomar decisiones sobre la reproducción sin discriminación, coerción ni violencia. El capítulo estipula que los servicios de salud reproductiva (incluidas la salud sexual y la planificación familiar) deben estar vinculados al sistema de atención primaria de la salud y deben incluir el aborto sin riesgos (cuando no esté penado por la ley), el tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual y la esterilidad, además de los servicios de salud maternal e infantil y el asesoramiento dado a los hombres y los jóvenes para una conducta sexual responsable. Apoya la descentralización de los servicios, la mejoría de la calidad de los programas de planificación familiar e incluye una fuerte declaración contra toda forma de coerción en los programas de dicha planificación familiar, incluidas las metas, cuotas, incentivos y antiincentivos.

El Capítulo VIII, «Salud, morbilidad y mortalidad», es relativamente poco controvertido, excepto por el párrafo 8.25 que trata sobre el problema del aborto. Aunque las versiones iniciales del texto se diluyeron considerablemente, éste **reconoce que el aborto inseguro es un gran problema de la salud pública**. Establece que las mujeres deben tener acceso a los servicios para manejar las complicaciones de un aborto inseguro en todas las circunstancias y contiene una declaración que exige que el aborto sea seguro en circunstancias en que no esté penado por la ley. Un año después, en Beijing, la Plataforma de Acción agregó una frase al texto de la CIPD sobre el aborto que dice lo siguiente: «Los Estados miembros deben considerar revisar la legislación punitiva existente» (con respecto al aborto) (IV CMM, párrafo 106 k).

El Programa de Acción de la CIPD también define los objetivos de financiación de sus diversos elementos: 17 mil millones de dólares a reunir para el año 2000. El gasto de la planificación familiar se calculó en 10.200 millones de dólares y el de los servicios de salud reproductiva (excepto la planificación familiar) en 5 mil millones de dólares, el de VIH/SIDA en 1.300 millones, y la investigación y recolección de datos (incluso los censos decenales) y el análisis de la política en 500 millones de dólares. En general, se supone que casi el 65% del total de los 17 mil millones de dólares se destinará al sistema de entrega de los servicios. También se recomendó que se incremente la proporción de financiación externa, que entonces equivalía a casi el 20%, a aproximadamente un tercio del total. Así, con respecto a las responsabilidades financieras entre el Norte y el Sur, se señaló que, en el 2000, 5.700 millones de dólares deberían provenir de donantes externos y el resto de fuentes nacionales.⁵

El Programa de Acción de la CIPD también fijó pautas relativamente claras sobre los marcos institucionales y los principios de monitoreo y responsabilidad de la aplicación de la CIPD, algo que no ocurrió en forma consistente en las conferencias de los años 1990.

Mecanismos de monitoreo: acuerdos relevantes de la CIPD

Las recomendaciones de la CIPD sobre los mecanismos de asociación y monitoreo y responsabilidad se encuentran en el Capítulo XV. Entre los diversos acuerdos alcanzados en El Cairo, dos se pueden considerar como pautas para evaluar el progreso realizado desde 1994:

Párrafo 15.8. «Los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales, en diálogo con organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios locales, y en pleno respeto de su autonomía, deben integrarlos al proceso de adopción de decisiones y facilitar el aporte que las organizaciones no gubernamentales pueden realizar a todo nivel para encontrar las soluciones a los problemas de población y desarrollo y, en especial, para asegurar la implementación del actual Programa de Acción. Las organizaciones no gubernamentales deben tener un papel fundamental en los procesos de desarrollo nacional e internacional.»

Párrafo 15.9. «Los gobiernos deben asegurar los roles esenciales y la participación de las organizaciones de mujeres en el diseño y la implementación de los programas de población y desarrollo. La participación de la mujer en todos los niveles, sobre todo en el nivel gerencial, es clave para cumplir con los objetivos e implementar el presente Programa de Acción.»**1994–1998:**

Avances y obstáculos

La red DAWN evaluó las políticas posteriores a la CIPD en Bolivia, Brasil, Nicaragua, Perú, Puerto Rico, India, Malasia, Tailandia, Indonesia, Viet Nam, Lao, Camboya, Filipinas y Fiji.⁶ Lo que surge de este ejercicio de análisis de la política es un panorama mixto de avances y obstáculos.

Aunque existen variaciones entre los países, al menos en algunos los cambios de política comenzaron incluso antes de El Cairo. En Brasil, India y Filipinas, el programa de El Cairo se anticipó varios años. Pero aun en estos países, la CIPD representó un gran estímulo para los cambios que estaban ocurriendo. En otros países, los cambios ocurridos se generaron en gran medida por la preparación para la Conferencia. En los del Sudeste asiático (además de Filipinas), funcionarios declararon que sus políticas ya estaban alineadas con las pautas de la CIPD, incluso antes de 1994. Estas declaraciones son cuestionadas por activistas de la salud de la región. Aunque es verdad que varios gobiernos del Sudeste asiático aplicaron efectivas políticas de desarrollo y contra la pobreza en las dos décadas anteriores a la crisis actual, probablemente sea apropiado decir que estas políticas son más acordes con los acuerdos de la Primera Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974, que con la agenda de El Cairo en sí. La agenda de El Cairo se basó en la agenda de Bucarest y subrayó la importancia de las políticas de desarrollo social, pero la supera considerablemente al poner énfasis en la salud reproductiva y sexual, los derechos reproductivos, la igualdad de género y la potenciación de la mujer. En todos los países analizados a partir de 1995, los procesos previos y posteriores a Beijing parecen haber sido reforzados por la agenda de la CIPD.

Los casos estudiados demuestran que desde 1994 el discurso político pasó de las urgencias demográficas al enfoque de salud. En muchos países –Bolivia, Tailandia, Filipinas, Fiji–, la denominación de los programas de planificación familiar pasó a ser Programas de Salud Reproductiva. En India, se dio un cambio potencialmente más radical. En 1996 se canceló el método de implementación del programa, con tres décadas de antigüedad, de fijar metas en términos de la cantidad de personas que usan anticonceptivos. Incluso en el caso de Brasil, donde se aplica una política integral nacional de la salud de la mujer desde 1984, El Cairo y Beijing

representaron un estímulo, sobre todo con respecto al aborto. Los servicios que ofrecen abortos en los casos permitidos por la ley –violación y riesgo para la vida de la mujer– aumentaron rápidamente.

Estos avances no se deben subestimar. El ambiente político y económico predominante en los últimos cuatro años no ha sido favorable a la agenda de El Cairo. En América Latina, especialmente en América Central y en Puerto Rico, las fuerzas religiosas, sobre todo la jerarquía católica, atacaron abiertamente las agendas de El Cairo y Beijing. En Asia y el Pacífico, la reacción moral conservadora no es tan abierta ni tan clara, siendo una excepción la de Filipinas. Pero los gobiernos exhiben una clara sensibilidad hacia los derechos reproductivos, la salud sexual, la salud adolescente y el aborto.

Los esfuerzos de implementación se llevan a cabo en todas partes en un ambiente económico totalmente insatisfactorio. En el Sur, los profundos patrones de desigualdad y el nivel de pobreza se agravaron tras 1994. Las políticas de salud reproductiva se implementan en el contexto de reformas estatales y de la salud que, en muchos casos, implican recortes en la inversión social y la privatización de los servicios. Después de 1997, la tormenta mundial de la inestabilidad financiera afectó directamente tanto al Sudeste asiático como a América Latina.

Pero a pesar de estas limitaciones, el progreso fue evidente, al menos hasta principios de 1998. En varios países se realizan esfuerzos para superar la falta de integración entre los diversos componentes de la política de salud reproductiva –salud materno infantil, asistencia anticonceptiva y prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Se da más atención a la mortalidad materna. En India, funcionarios, profesionales y activistas de la salud luchan con los tremendos desafíos de revertir un programa de planificación familiar vertical y limitado. En varios países se están desarrollando iniciativas para abarcar las necesidades de los adolescentes. **Adicionalmente, como resultado de Beijing, los funcionarios, las ONG y los medios de comunicación de todos los países están hablando de género, violencia contra la mujer, acción positiva y cuotas políticas.**

Hay notables ejemplos positivos de arreglos institucionales en que los gobiernos, las ONG, incluida la comunidad de salud reproductiva y de defensa de los derechos humanos, y organismos internacionales interactúan y discuten en forma conjunta la manera de implementar los acuerdos de El Cairo. En Brasil, hay mecanismos de monitoreo incorporados en la estructura del sistema de salud a través de los consejos de salud. Junto con la Comisión Nacional sobre Población y Desarrollo creada para monitorear la implementación de la CIPD, los consejos de salud han sido cruciales para sostener políticas relacionadas con la CIPD. En Perú, se creó un mecanismo de negociación tripartita que incluye al Ministerio de Salud Pública, organizaciones feministas y organismos de donación para seguir la implementación de la CIPD. En Bolivia, la Comisión Nacional de Mortalidad Materna realizó esfuerzos de monitoreo y responsabilidad. En Uruguay, se crearon vínculos entre la comunidad activista y el sistema nacional de salud y el municipal de Montevideo, la capital.

Por positivas que puedan ser estas señales, también es evidente que queda mucho por hacer. Aún hay falta de claridad con respecto a conceptos claves de la CIPD, como el género, la potenciación de la mujer y la responsabilidad del hombre. Problemas similares se encuentran en el caso de la salud sexual y los derechos reproductivos. Donde la salud sexual se adopta como concepto, se expresa básicamente en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH. En la mayoría de los casos, los derechos reproductivos se interpretan meramente como el derecho o el acceso a los servicios de salud reproductiva, lo que deja de lado otras dimensiones críticas como la opción informada y la autodeterminación reproductiva. La reacción y la confusión también son evidentes en el ámbito de las necesidades de los adolescentes.

Un área donde el movimiento ha sido lento es la del aborto. Entre los países analizados por DAWN, sólo en Brasil se lograron avances claros.⁷ En Bolivia, en el contexto de la reforma de la salud, los defensores de la salud y los derechos consiguieron que el tratamiento posterior al aborto sea financiado con fondos públicos. En India y Vietnam, donde el aborto es legal, hay un mayor reconocimiento sobre la necesidad de mejorar los servicios existentes. Pero en Fiji, donde hay espacio para mejorar los servicios de aborto (el procedimiento se permite en los casos de violación y riesgo físico o mental), la CIPD no generó iniciativas en ese rumbo. En América Central es justo decir que hubo algunos retrocesos. En general, el avance ha sido relativamente mediocre, y es imprescindible hacerlo con mayor rapidez.

Las conclusiones también indican que la mejoría efectiva de los servicios de salud reproductiva ha sido muy limitada, especialmente en el caso de las poblaciones pobres del medio rural y urbano. En muchos contextos, los programas verticales de planificación familiar se están reorganizando o simplemente redenominando como salud reproductiva. Estos paquetes verticales no siempre establecen los vínculos necesarios con otras áreas estratégicas, como la prevención del VIH/SIDA o los análisis de cáncer cervical. Otros obstáculos recurrentes para mejorar la calidad de los servicios en la planificación familiar o la salud reproductiva son la capacitación insuficiente, la mentalidad burocrática y la actitud insensible de los funcionarios y los profesionales de la salud hacia las cuestiones de género.

Un tema importante para la implementación de la CIPD es la falta de comprensión sobre cómo los servicios de salud reproductiva de buena calidad pueden ampliarse en el contexto de las reformas de la salud en la manera en que son enmarcados e implementados en la actualidad. **El Banco Mundial, que ahora sustituyó a la OMS como principal donante en el ámbito de la salud, hace hincapié en la importancia de la reforma del sector de la salud.** Esto implica llegar a un acuerdo entre el gobierno y los donantes de un país para adoptar un enfoque de tres etapas que supone: a) políticas y estrategias comunes que abarquen a todo el sector; b) la prioridad del enfoque de gasto público, basado en ejercicios de efectividad del costo utilizando las medidas de «carga por enfermedad» y DALY,⁸ y la identificación de un paquete de «servicios esenciales»; y c) un marco común de administración.⁹

Si bien no se puede negar el valor de un enfoque en común, esto también reduce la flexibilidad que tienen los gobiernos y los donantes para experimentar con otros enfoques. Dada la hegemonía

tecnocrática del Banco Mundial y su creciente dominio financiero en el ámbito de la salud, ésta es una probabilidad desconcertante. Significa que aquéllos menos comprometidos que el Banco Mundial con la efectividad del costo como principal criterio para las intervenciones de salud quizá tengan menos avenidas políticas o programáticas a su disposición. **Los casos estudiados también demuestran que los organismos, los administradores y los activistas involucrados con la programación de la salud reproductiva no interactúan adecuadamente con los sectores que diseñan e implementan la reforma de la salud, ya sea a nivel internacional o nacional.**

Por último, los mecanismos de supervisión y responsabilidad no se crearon en todos los países. En la mayoría, el progreso observado se puede atribuir en su mayor parte a los esfuerzos denodados de la comunidad defensora de los derechos y de la salud reproductiva. En algunos casos, como en Nicaragua y Puerto Rico, estos esfuerzos se realizan con muy poco apoyo institucional. En otros países, como Camboya, Lao, Viet Nam y Fiji, las agencias internacionales tuvieron un papel más fuerte como participantes de la CIPD. En general, las políticas están bien orientadas en los lugares donde los gobiernos, las agencias y las ONG de salud y defensoras de derechos reproductivos están cooperando y se consultan, o donde se acordaron mecanismos de responsabilidad. Es necesario profundizar, en la agenda de la CIPD, la cooperación y el diálogo efectivos entre al menos dos de los principales participantes: gobierno + ONG, o gobierno + agencias, o agencias + ONG. También es cierto que la función de la ONG tiene mayor importancia cuanto mayor es la resistencia del gobierno a la implementación de la CIPD.

El Cairo +5 en el escenario mundial de 1999–2000

En el mejor de los casos, la profundización de la agenda de El Cairo+5 no será una tarea fácil, ya que supone luchas semánticas, transformaciones macropolíticas y microintervenciones para cambiar la calidad de los servicios así como la mentalidad y las actitudes de los proveedores. El escenario económico y político mundial para 1999–2000 nos recuerda lo difícil que será. Hace un año, nadie podría haber previsto la magnitud del terremoto desencadenado por la crisis financiera de Asia. Pocos esperaban que la inestabilidad financiera se expandiera tan rápida y extensamente a otras regiones, incluido el propio corazón del sistema financiero mundial. Una consecuencia inmediata del huracán económico actual ha sido la reducción de los presupuestos de salud en países como Brasil, Malasia y Tailandia, donde el gasto nacional en la salud primaria y reproductiva iba en aumento.

Adicionalmente, como hemos visto, **los gobiernos del Sur cumplieron con los compromisos financieros asumidos en la CIPD mucho mejor que los países donantes.** Por consiguiente, se pueden esperar posiciones fuertes por parte de los países del G-77 en La Haya. En 1994, aun cuando el panorama económico mundial no era fácil, el consenso de El Cairo se concretó luego de la cuidadosa construcción de puentes entre el Norte y el Sur en torno a los temas de la salud y los derechos reproductivos. Las condiciones políticas predominantes en la actualidad no pueden propiciar con tanta facilidad la atmósfera de diálogo que llegó a conocerse como «el espíritu de El Cairo». Es fundamental recordar que en todas las conferencias de la ONU de esta década, fuerzas

fundamentalistas se aprovecharon sistemáticamente del clima político que sucedió a la profundización de las brechas entre el Norte y el Sur:

«En Río de Janeiro, la Santa Sede se presentó como defensora del Sur, argumentando que la pobreza y la desigualdad eran problemas más graves que el crecimiento demográfico en sí. Incluso entonces era clara la intención de la Santa Sede de utilizar la división entre el Norte y el Sur para atacar los programas de planificación familiar y, por lo tanto, el acceso tanto a los anticonceptivos como al aborto en el Sur.»¹⁰

Pero este posible lado sombrío del escenario político de El Cairo+5 debe equilibrarse con indicios poco habituales que también se pueden rastrear en el debate económico mundial. Si hace un año pocos previeron la extensión de la crisis próxima, nadie –además de los «sospechosos de siempre» entre los ambientalistas, las organizaciones de mujeres, los sindicalistas, las organizaciones de desarrollo y los pensadores de izquierda y progresistas– pensaba seriamente que se pudiera resquebrajar el consenso ideológico que gobernó la economía mundial en las últimas dos décadas. Hoy los defensores más férreos y los beneficiarios de la economía «globalizada» están a la defensiva y se distancian del globalismo descontrolado para pedir una mejor administración de la economía mundial y una mayor inclusión de aquéllos que quedaron al margen.

El nerviosismo no sólo afecta a los mercados financieros mundiales, sino también a los niveles más altos de los gobiernos de la OCDE. El espectacular milagro de crecimiento del Sudeste asiático fue sucedido por un colapso igualmente espectacular que amenazó a todo el sistema mundial. En el proceso, las creencias atesoradas por los neoliberales en las últimas dos décadas son cuestionadas desde el propio corazón del sistema. No sólo los gobiernos, habitualmente dóciles, de Malasia y Hong Kong impusieron cierto tipo de controles de capital, y no sólo Rusia reprogramó su deuda en forma unilateral, sino que la duda penetró en las propias organizaciones de Bretton Woods. Varios destacados economistas y personalidades influyentes¹¹ criticaron al FMI por negarse a alterar las propuestas recesivas que recomienda a las atribuladas economías del Sudeste asiático y por arrojar miles de millones de dólares a las brechas cada vez más amplias de un dique en colapso, con muy poco efecto.

Pero la crítica más importante del consenso de Washington provino del principal economista y vicepresidente del Banco Mundial, Joe Stiglitz. En su conferencia en Helsinki a principios de 1998, y en una serie de exposiciones y trabajos escritos, Stiglitz criticó al FMI por su enfoque mal orientado y abogó por un consenso post Washington: uno que imponga mayores controles al movimiento de capitales, que no utilice la recesión nacional como instrumento para alinear a los países en el orden mundial y que se concentre más en las necesidades de desarrollo humano y en la inclusión de los marginados. Resulta irónico que el Banco Mundial, que aplicó programas de ajuste estructural en todo el mundo durante los años 1980 y en gran parte de los años 1990, ahora ataque las mismas premisas de sus acciones anteriores. **Pero esta división en la forma de pensar entre los niveles más altos del Banco y el FMI probablemente sea la señal más importante de que los días del neoliberalismo puro se acabaron.**

Este clima creó definitivamente el espacio para que una variedad de iniciativas de la sociedad civil dé mayor transparencia y responsabilidad a la economía política mundial. Las negociaciones de El Cairo+5, sobre todo en aquellos aspectos que son fuertemente dependientes de una transformación más profunda del paradigma neoliberal en decadencia –como es el caso de las tendencias de cooperación internacional y las premisas de la reforma de la salud–, deben verse como una oportunidad fértil para elevar el perfil de las inquietudes y las necesidades de las mujeres en el centro de los debates sobre el cambio del orden mundial.

Financiación de los servicios de salud reproductiva

Datos recolectados a nivel mundial sugieren que los gobiernos receptores se acercaron a cumplir los compromisos financieros acordados en 1994 más que los países donantes en términos de la ayuda. Esto refleja en parte la mayor importancia del gasto interno en la infraestructura básica del sistema de salud. A nivel nacional, la recolección de datos sobre la distribución de los recursos para implementar la CIPD no es una tarea precisamente sencilla. Un análisis más concreto sólo fue posible en los casos de Brasil e India. A pesar de esta limitación, los estudios indican que en la mayoría de los 15 países del estudio de DAWN donde se analizaron las políticas, los programas de salud reproductiva siguen dependiendo fuertemente de la ayuda internacional. En países como Bolivia, Filipinas y Perú, los programas nacionales se redenominaaron programas de «salud reproductiva», pero la mayor parte de los recursos sigue destinada a la planificación familiar. En otros –India es un ejemplo–, los recursos se canalizan de una manera que no favorece la superación efectiva de grandes problemas epidemiológicos. La reducción de la mortalidad materna, por ejemplo, requiere que la inversión en los programas de salud básica se combine con la mejoría de los sistemas de referencia y la asistencia obstetricia. Pero en el marco actual, los donantes son reacios a financiar la infraestructura, y los requisitos de los ajustes estructurales limitan la inversión nacional. La idea más incisiva con respecto a la distribución de los recursos es que la calidad del gasto es tan esencial como la cantidad de recursos invertidos. Esto se aplica tanto a Brasil, donde el gasto federal en salud reproductiva alcanzó mil millones de dólares en 1996, como en India, donde la inversión es inferior a un dólar per cápita. Recursos internacionales y nacionales adicionales son necesarios pero no suficientes. El impacto potencial de «más dinero» queda claramente condicionado por factores de política, administración y responsabilidad.

Pasos a dar

Algunas conclusiones, aunque preliminares, se pueden extraer de este ejercicio. Una que sobresale es que la CIPD desencadenó cambios importantes no sólo en políticas de población, sino también en los debates de desarrollo. Aunque los escenarios de la política previos a El Cairo eran sumamente heterogéneos en todos los países, luego de 1994 se pueden apreciar tendencias positivas convergentes y obstáculos similares con respecto a la implementación de la CIPD. Por consiguiente, en vista de las acciones futuras fundamentales que se han de tomar, se puede definir una agenda mínima para orientar los debates y las negociaciones de El Cairo+5:

- aclaración concreta y sistemática de conceptos y recomendaciones claves de la CIPD;

- estrategias conceptuales y prácticas para tratar las necesidades de salud reproductiva y ampliar los servicios –como los definió El Cairo– en el contexto de los debates sobre la implementación de la reforma de la salud;
- creación y mantenimiento de mecanismos funcionales, transparentes y democráticos de monitoreo y responsabilidad a nivel comunitario, local, nacional e internacional, que garanticen la participación de las mujeres como usuarias y activistas;
- combinación creativa de las iniciativas dirigidas a aumentar los recursos financieros para implementar la CIPD con criterios claros e incisivos para asegurar la calidad del gasto en todos los niveles;
- implementación del párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD y del párrafo 106.k de la Plataforma de Acción de Beijing, para asegurar la autodeterminación reproductiva de las mujeres y el acceso universal a los procedimientos de aborto sin riesgos.

Notas

1 Sonia Correa es investigadora de IBASE (Instituto Brasileño de Análisis Social y Económico) y Gita Sen es profesora de economía del Instituto Indio de Administración, de Bangalor. Ambas son coordinadoras de investigación de DAWN –Development Alternatives with Women for a New Era (Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era). Este artículo se basó en escritos anteriores de las dos autoras: Correa, Sonia. 1998, «Cairo+5: Good News, Obstacles, Challenges Ahead», *DAWN INFORMS* – 2; Sen, Gita, ene–feb 1995, «The World Program of Action: A New Paradigm for Population Policy», *Environment* volumen 37: número 1; publicado en portugués como «O Programa de Ação do Cairo», en *Cadernos do CIM*–1, 1994, Sao Paulo; Gita Sen y Anita Gurumurthy, 1998, «The impact of globalization on women’s health»; *ARROWS FOR CHANGE*, volumen 4: numero 1; Sen, Gita, 1998, «The global crisis: cracks in the neoliberal consensus», *DAWN INFORMS* –3.

2 De hecho, la disputa sobre el aborto no se prolongó más que la negociación sobre la emigración, pero la cobertura de los medios no lo destacó. Resultó más que irónico que algunos periodistas del Sur y otros estaban dispuestos a dicotomizar la salud y los derechos de la mujer al desarrollo, quizá sin darse cuenta de que caían de esa manera en la óptica de la Santa Sede.

3 Hay mucho en el Capítulo III que aquéllos interesados en la equidad social y económica pueden apoyar. Por ejemplo, las mujeres de las minorías de Estados Unidos quedaron encantadas cuando, como consecuencia del activismo informal, EEUU modificó el párrafo 3.16, que define el objetivo de elevar la calidad de vida e incluye que merecen especial atención las mujeres pobres tanto de países desarrollados como de países en desarrollo.

4 La definición de salud sexual se abrevió considerablemente en la versión final del Programa de Acción de la CIPD para satisfacer las objeciones de Irán y Pakistán.

5 Un punto válido que se plantea con respecto a la distribución de recursos de UNICEF, entre otros, es que siguen sin especificarse los recursos que se necesitan para la atención de salud primaria, la

supervivencia infantil, la educación primaria y para otros aspectos de la potenciación de la mujer. En 1994, la expectativa era que esto se analizaría por la Cumbre Social. Como sabemos, el resultado más claro al respecto en Copenhague fue la Iniciativa 20/20.

6 Los casos fueron estudiados por los siguientes investigadores: Brasil, Sonia Correa, sobre la base de otro estudio realizado en colaboración con Sergio Piola y Margareth Arilla; Bolivia, Ximena Machicao; Fiji, Margaret Chung; India, Gita Sen, Vanita Mukerjee, Vimala Ramachandran y Anita Gurumurthy; Nicaragua, Ana María Pizarro; Perú, Cecilia Mandelengoitia; Filipinas, Gigi Fransisco; Puerto Rico, Isabel Laboy y Alicia Warren; Uruguay, Cristina Grela y Alejandra López. Una revisión regional de los países del Sudeste asiático –Malasia, Tailandia, Indonesia, Lao, Camboya y Viet Nam– se ofreció amablemente a DAWN por Rashida Abdullah, de ARROW. Un ejercicio separado sobre un conjunto de países africanos se encuentra en proceso.

7 Se realizaron avances importantes para asegurar que las mujeres accedan al aborto legal desde la CIPD en países como Sudáfrica y Guyana.

8 DALY, del inglés *Disability-Adjusted Life Year*, expresa los años de vida perdidos debido a muerte prematura y los años vividos con una discapacidad severa y duradera.

9 Sen y Gurumurthy, 1998, *op cit.*

10 Sen, 1995, *op cit.*

11 Entre los economistas se encuentran Jagdish Bhagwati, Jeffrey Sachs y Paul Kurgman; entre las influyentes personalidades públicas están Henry Kissinger y George Schultz.