

# De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política pública de salud y seguridad social

Carolina Martínez S.  
y Gustavo Leal F.\*

## Un programa en la política pública

Con sus éxitos y sus limitaciones, el programa mexicano de planificación familiar es, sin duda, uno de los más consolidados del sector salud. Es oportuno reconocer cómo, ubicado en el punto de confluencia de varias importantes vertientes de la política pública de salud y seguridad social, pero en especial en la intersección entre las de salud, educación y población (Evans, 1998),<sup>1</sup> el programa original ha sido incorporado al universo más amplio de la salud reproductiva.

Planificación familiar es uno de los “programas estrella” del sector, y México uno de los países modelo en cuanto a su desarrollo y operación. La administración 1994-2000 lo ha integrado como sólido pilar del nuevo Programa de Salud Reproductiva y –con vistas a la

---

\* Carolina Martínez S. y Gustavo Leal F. son docentes e investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, en la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Área Salud y Sociedad.

Artículo recibido: 06/1998. Artículo aceptado: 11/1998.

<sup>1</sup> Los conceptos de nivel medio, tales como las redes de políticas públicas, nos ayudan a delimitar las vías a través de las cuales se desarrollan los subsistemas políticos y nos permiten identificar las uniones en las que podemos detenernos, en tanto se preserva la máxima gama de elección sobre cómo continuar en términos analíticos. Por ende, el análisis de nivel medio reconoce que gran parte de la elaboración contemporánea de políticas públicas se lleva a cabo dentro de redes de niveles múltiples, con organización propia e interorganizaciones. Sin embargo, si se utiliza aislado de otros niveles de análisis, ya sean macro o micro, el enfoque del nivel medio se limita tanto en alcance como en términos del establecimiento de vías causales (pp. 230-231).

ampliación de la cobertura— también como destacado componente del Paquete Básico de Servicios Esenciales (SSA, 1996). El programa ocupa, además, un lugar relevante dentro del cuadro de la reforma sectorial en curso (PEF, 1995a y 1995b; Leal, 1997; Leal y Martínez, en prensa).

Emplear el enfoque de las *public policies* (Aguilar, 1992; Lindblom, 1991) facilita la lectura, interpretación, evaluación, y sobre todo *los impactos* de las acciones de gobierno. Si el análisis es adecuado, ello se traduce, además, en una mejor disposición para captar a los diferentes actores de la arena política y sus voces.

En lo que sigue, revisamos con este enfoque el programa y sus vicisitudes, en el entendido de que las lecciones que nos ha legado —por haber cumplido un ciclo de formulación-diseño-implementación-operación-impacto (Bardach, 1998; Lindblom, 1979; Edwards III, 1980)— y que aquí connotamos como *maduras*, pudieran retroalimentar *ulteriores diseños* como parte de la política pública de salud y sus intersecciones con otras, ahora como salud reproductiva y no más como planificación familiar.

### Orígenes (1965), formulación y primer diseño (1974)

Sus orígenes se remontan hasta mediados de los años sesenta, con la fundación de la clínica de planificación familiar de la que actualmente es el Instituto Nacional de la Nutrición; la instauración de un programa de investigación del IMSS en el cual se proporcionaba anticoncepción oral en forma selectiva, y el trabajo de la Fundación para Estudios de la Población, A.C. (actual Mexfam) y de la Asociación Pro Salud Materna (cuyos orígenes datan de fines de los años cincuenta); estas dos últimas, las principales proveedoras del servicio (Martínez, 1995, p. 3).

Pero el Programa de Planificación Familiar asume un *diseño propio y específico* a partir de la Ley General de Población de 1974 que creó el Consejo Nacional de Población (Conapo), organismo integrado por representantes de diversas dependencias del sector público a cuyo cargo quedó la planeación demográfica, con la idea de buscar la coherencia entre el desarrollo económico y social de la nación y los fenómenos demográficos (Conapo, 1976). La ley confirió a la Secretaría de Gobernación la tarea de dictar y ejecutar medidas para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de *salud pública*, así como de cuidar que los organismos dedicados a esta actividad lo hicieran respetando los derechos humanos y la dignidad de las familias.

### Implementación, soluciones de consenso e impacto (1975-1995)

Con sus más de dos décadas de existencia, podría decirse que el programa mexicano de planificación familiar ha alcanzado su *plena* madurez. Aún pueden encontrarse algunas voces que cuestionan sus bondades, pero en términos generales se sustenta en un amplio consenso tanto de quienes diseñan la política como de sus operadores y de muy amplios grupos de población.

Sin embargo, ésta no ha sido una historia sin conflictos. El programa se encuentra ubicado en un terreno de tensiones que van de la preocupación nacional e internacional ante el monto de la población y las variaciones de sus tasas de crecimiento, a los retos que ello impone a las políticas del país, todo en medio de intereses tan diversos como los de la industria químico-farmacéutica, la iglesia, las ONG de diversas orientaciones políticas, la población usuaria con sus heterogeneidades socioeconómicas y culturales, e incluso los de ciertos grupos de científicos y políticos. No obstante, su larga trayectoria ha dado lugar a procesos de negociación entre los representantes de los intereses en juego que, al paso de los años, parecen haber logrado encontrar ciertas *soluciones de consenso*. Al menos hasta ahora, las políticas de salud y población han sido capaces de incorporar, en esta área, intereses o enfoques en conflicto, con una única condición: que sus propuestas sean favorables al avance del programa. Las iniciativas de los grupos que pretenderían echarlo atrás, al menos desde los años setenta y hasta la fecha, han desatado un proceso en el que se pone en juego todo el peso de un programa tan consolidado y legítimo, identificándolo con el “supremo interés de la nación” (Martínez S., 1995).

En cuanto al *impacto* del programa sobre la provisión de servicios, los registros de las instituciones y los resultados de diversas encuestas demográficas nacionales muestran que, a partir de 1976, hubo un notable incremento de usuarias de anticonceptivos, ocurrido sobre todo en la segunda mitad de los años setenta. Según Aparicio (1988), las usuarias en edad reproductiva y en unión marital pasaron de 30 por ciento en 1976 a 53 por ciento en 1987, y se estimaba que alcanzarían 58 por ciento para 1990. En fechas recientes, el Consejo Nacional de Población ha reportado que esta proporción llegó a 63 por ciento para 1992 y a 68 por ciento para 1997.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> En su informe de febrero de 1998, el director del IMSS reporta que el total de usuarias

Por lo que se refiere a la disminución de los niveles de fecundidad, de 7.4 hijos por mujer en 1965, ésta experimentó un impresionante descenso que llevó a 4.4 hijos por mujer en 1980. Esta disminución se inició hacia 1970, en forma casi simultánea con los cambios de la política demográfica, aunque se ha discutido cuál fue el peso que tuvo en ello la anticoncepción (Zavala, 1992; Welti, 1989). En cuanto al impacto del programa sobre la salud materno-infantil, éste es, quizá, más difícil de evaluar, entre otras cosas por la diversidad de situaciones –algunas de ellas relacionadas con la atención médica y otras con el fomento y la prevención de la salud– que se combinan para explicarla. Sin embargo, existen algunos estudios que lo intentan.<sup>3</sup>

### **El programa de salud reproductiva (1995). Retos del nuevo diseño: tres cuerpos, tres voces y un perfil en definición**

Conviene examinar ahora, sucintamente, tres versiones recientes en las que se propone la integración de la planificación familiar en la salud reproductiva: la de población, en voz del Consejo Nacional de Población, y la del sector salud, una en voz de la Dirección General de Salud Reproductiva de la SSA (DGSR) (PEF, 1995) y otra en voz de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades de la misma SSA (SSA, 1997).

#### *El cuerpo poblacional*

En el momento actual, el Conapo se congratula de los logros obtenidos por el programa en términos del descenso de las tasas de crecimiento

activas de métodos anticonceptivos llegó a 5 158 499 mujeres, y que esta institución se encuentra a la vanguardia de los programas de planificación familiar como principal proveedor de estos servicios: “Tan sólo en 1997, el IMSS atendió a 62 por ciento de las usuarias de los métodos de planificación familiar a nivel nacional. En apoyo a estas acciones, se brindó atención telefónica a más de 137 mil personas a través del programa Planificatel, en colaboración con el Consejo Nacional de Población” (Borrego, 1998, p. 4).

<sup>3</sup> Entre ellos, el de Martínez Manautou *et al.* (1989), y el del Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal (1994). Por lo demás, en su informe de febrero de 1998, el licenciado Borrego sostiene que: “... gracias a las mejoras en la atención y al incremento en la vigilancia prenatal y perinatal, la tasa de mortalidad materna en el IMSS bajó de 35 por cada 100 mil nacidos vivos en 1995 a 29 en 1997. De igual manera, la mortalidad perinatal ha observado un descenso que va de 15 por cada 1000 en 1995, a 13.9 en el año pasado [...]”. Además, que: “Durante el mismo periodo, se logró certificar la totalidad de los hospitales con servicio de ginecobstetricia como Hospitales ‘Amigo del Niño y de la Madre’, cumpliéndose con la meta propuesta por Unicef tres años antes de lo previsto” (Borrego, 1998, p. 4).

poblacional, al alcanzarse en 1997 un promedio de 2.65 hijos por mujer, y se prepara para continuar impulsándolo hacia nuevos derroteros, en un marco de respeto a los derechos reproductivos de las personas (Tuirán, 1997a) dentro de los anchísimos horizontes abiertos por esta reciente noción de *salud reproductiva*, campo que aún explora sus propios límites.

En una de sus más recientes declaraciones, las autoridades del Conapo observaron que: “La pobreza y la marginación suelen ir acompañadas de una mortalidad relativamente temprana y una elevada morbilidad, altas tasas de fecundidad, una edad temprana al momento de contraer matrimonio y de tener el primer hijo, así como de la débil difusión de las prácticas de limitación y espaciamiento de los nacimientos” (Tuirán, 1998).

#### *Los dos cuerpos del sector salud*

Dos rasgos sobresalen en la visión que tiene el sector salud sobre la integración.

El *primero* se refiere al rápido ajuste de las grandes expectativas expresadas en la presentación inicial del Programa de Salud Reproductiva (PEF, 1995a) y que, apenas en un par de años, se convirtieron en la mucho más sencilla y modesta compactación que aparece en la versión del mismo programa a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades en 1997 (SSA, 1997, pp. 1-38).

A reserva de que, en el futuro cercano, el Programa de Salud Reproductiva termine de labrar su rostro definitivo, es claro que parecía más prometedor el amplio y ambicioso proyecto de la DGSR para el beneficio de la salud de la población, que el probablemente más realista –aunque sin duda más restringido– programa diseñado por la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades que lo resume en tres subprogramas: Planificación Familiar, Salud de la Mujer y Salud Perinatal. Incidentalmente, esta compactación recuerda la antigua subdivisión administrativa entre “planificación familiar” y “salud materno-infantil”, a más de que en el proceso de ajuste parecieran haberse perdido los tintes de búsqueda hacia nuevos horizontes que podrían ganarse desde el rico debate internacional que alimentó la reciente discusión sobre salud reproductiva (Alcalá, 1995).

El *segundo* rasgo tiene que ver con la posibilidad de que la preocupación por el problema demográfico se hubiera impuesto, dentro del

sector salud, a la preocupación médica misma. En efecto, parecería que en el sector el problema en verdad preocupante fuera el tamaño de la población que debe ser atendida con recursos invariablemente definidos como escasos, y que esto opacara los retos específicos que correspondería resolver a la política sectorial; por ejemplo, el *tipo* de patología que será posible prevenir gracias a estos programas (medido a través de una evaluación objetiva del *impacto en salud y no de metas* –algunas de ellas más demográficas que médicas– basadas en supuestos que no necesariamente se cumplen), la *magnitud* de la que será imposible evitar, y, sobre todo, *cómo* se procederá ante esta última.

Sin embargo, no terminan ahí las dificultades que plantea el paso de la planificación familiar a la salud reproductiva. Otro coro de voces procura, también, hacerse escuchar.<sup>4</sup> Revisemos dos de ellas.

### Debate de la formulación del Programa de Salud Reproductiva. Dos críticas

#### *“Algo anda mal en planificación familiar”*

Circunstancialmente, en esta materia tres sucesos relevantes coincidieron el 11 de julio de 1997, Día Mundial de la Población, y que el doctor Jorge Martínez Manautou (1997) recoge como a continuación se explica: El *primero* consiste en una declaración del señor Rainer Rosenbaum, representante en México del Fondo de Población de las Naciones Unidas, quien indicó que:

En el país la crisis económica profundizó la distancia entre la oferta y la demanda de anticonceptivos, por lo que están en riesgo las metas de control demográfico y, lo que es peor, los logros alcanzados en las dos últimas décadas. La demanda no cubierta en anticonceptivos es enorme y sigue

<sup>4</sup> ... Propongo como primer principio que en una sociedad democrática los mejores investigadores, científicos sociales, analistas profesionales –cualquiera que sea el título que se les dé– deben generalmente preocuparse de manera imparcial por los valores e intereses de la sociedad en su conjunto. Deben analizar los problemas considerando el interés público y no los intereses de un segmento de la sociedad. Puesto que actualmente somos lo bastante sofisticados para negar que existe un único interés público objetivo, somos también lo bastante conocedores para decir que –con sus excepciones– esos profesionales deben estar motivados y regidos por alguna versión global de los intereses de todos (versión de la cual habrá varias o muchas, entre las cuáles habrán juiciosamente escogido), de algún concepto (entre muchos) del interés público, o de la prosperidad de la sociedad o del bienestar público. Su responsabilidad es evitar la parcialidad y a la vez tomar en cuenta todos los valores e intereses legítimos (Lindblom, 1994).

creciendo. Su volumen es tal, que ni el gobierno puede cubrirla, ni siquiera con el apoyo de organismos internacionales”.

El *segundo* es la presentación del Segundo Informe de Avances del Programa Nacional de Población del Conapo, que en materia de las actividades de la SSA señala:

La información de los sistemas de registro institucional, y la generada a través de encuestas, indica que si se mantienen las tendencias observadas será factible cumplir las metas establecidas para el año 2000 en el Programa Nacional de Población 1995-2000 y en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

Esta afirmación –hace notar el doctor Martínez Manautou– diverge de la expresada por el señor Rosenbaum. El *tercero* y último suceso se refiere al contenido del documento del INEGI *Servicios Médicos 1995*, publicado por esas fechas, que proporciona datos sobre planificación familiar del Sistema Nacional de Salud, que indican que hasta ese año se habían acumulado 8 051 751 usuarios activos. Pero datos de la SSA, del IMSS y del ISSSTE contenidos en el documento de avances del Conapo, dice Martínez Manautou, no sólo muestran que en julio de 1997 el total ascendía a 8 198 000, sino también muestran un incremento de 14 por ciento (146 000), que está por debajo de la meta programada.

Siempre de acuerdo con lo señalado por el doctor Martínez Manautou hasta 1996 en el sector privado (farmacias y establecimientos médicos particulares), las ventas al público de anticonceptivos hormonales habían descendido 27.9 y 8.5 por ciento con respecto a 1991 y 1995. Sobre la base de estas tres curiosas coincidencias, el doctor Martínez Manautou concluye que algo anda mal en planificación familiar y en los sistemas nacionales de información de los mismos, puesto que dos documentos y una declaración que coinciden en una misma fecha indican y muestran cosas diferentes.

Por su parte, el secretario general del Conapo, R. Tuirán, respondió a esta crítica mediante una carta dirigida directamente al doctor Martínez Manautou (Tuirán, 1997b).

#### *“No nos confundamos con el concepto de salud reproductiva”*

De acuerdo con Philip D. Harvey (1997), gracias al renacimiento del énfasis enfocado a la “salud reproductiva” durante la Conferencia Inter-

nacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1995, la instrumentación de los programas de planificación familiar puede sufrir alteraciones significativas. En su opinión, el fenómeno no es nuevo en la medida, que desde la conferencia de Bucarest se insistía en integrar dentro de los programas de planificación familiar la atención materno-infantil, pues se consideraba que al hacerlo los programas de planificación familiar podrían tener mayor aceptación. Desde su punto de vista, gracias al éxito de los programas de planificación familiar en Tailandia, Indonesia, Colombia y recientemente en Bangladesh, la anticoncepción se acepta como una forma más efectiva de mejorar la salud materno-infantil. Asimismo, agrega que con la aceptación de que los programas de planificación familiar no tienen que enfocarse a la “salud” para ser eficaces, se llegó a la conclusión de que no era necesario contar con mayores niveles de educación y desarrollo económico para la adopción de la planificación familiar. Harvey plantea también que los observadores concluyeron que los anticonceptivos son el mejor método de control natal y que la anticoncepción da como resultado un mejor desarrollo.

Del mismo modo, advierte que de ser aceptada totalmente la afirmación del Population Council de que el proveer solamente de anticonceptivos (incluyendo información acerca de su uso) no es suficiente, se corre el riesgo de que muchos de los programas de planificación familiar puedan revertir la posibilidad de continuar ofreciendo diversos métodos anticonceptivos a los usuarios para disminuir la mortalidad materno-infantil.

Finalmente, menciona que:

Debido a que los presupuestos serán cada vez más restringidos para planificación familiar en las próximas décadas, debemos decidir entre prestar servicios de anticoncepción a un número mayor de la población o prestar servicios de salud reproductiva a un número menor. Esta decisión debe tomarse con base en un razonamiento adecuado acerca de los riesgos y beneficios en cada caso en particular [...] Debemos considerar qué estamos perdiendo al insistir que todos los programas de planificación familiar conllevan en sí el mensaje de la salud reproductiva. Si adoptamos esta política, podríamos privar a miles de parejas de uno de los conceptos que deben de prevalecer [...], mejorar su “salud reproductiva” con el uso de anticonceptivos.

### Cinco recomendaciones persuasivas para el nuevo diseño del programa en la política pública

Las posiciones que se traslucen a través de este coro de voces despiertan las siguientes cinco recomendaciones de política que planteamos a manera de propuestas *evaluativas* (Manjone, 1989) para el futuro del programa en el curso de la política de salud y seguridad social.

*Primera: la salud reproductiva comporta una orientación decididamente progresista.* Si bien es cierto que la discusión sobre salud reproductiva –particularmente la que se ha despertado a partir de las conferencias internacionales de principios de los años noventa (Alcalá, 1995)– aún se debate en la búsqueda de sus contenidos efectivos, resulta incuestionable la orientación decididamente progresista y de avance hacia una concepción de la salud más ambiciosa que la que se deriva de la mera traducción del universo de la “planificación familiar” como “administración de anticonceptivos”, para evitar el nacimiento de más desposeídos.

*Mantener e incrementar* la distribución de estos recursos, así como *garantizar su acceso* a todos aquellos que los demanden, es de fundamental importancia para no retroceder en el terreno ya ganado y que se expresa en la madurez del programa.

De otra manera, el riesgo no sería sólo renunciar a las posibilidades que ofrece una noción más ambiciosa para la búsqueda de la salud –como podría llegar a ser la de salud reproductiva– al adoptar una más restringida –como es la de planificación familiar–, sino que habría que encarar la posibilidad de pérdida o reversibilidad, incluso de lo que ya se consideraba ganado en esta última. Paradójicamente, ello volvería a dejarnos cara a cara con el *fantasma* de la “bomba demográfica”. Esta vía no conduce a ninguna solución.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> ... Llego entonces a la conclusión de que la existencia de un acuerdo social sobre muchos temas complejos, y sobre los cuales se esperaría que las mentes libres estuvieran de acuerdo, es por sí misma una buena prueba de que la manera de pensar de los ciudadanos comunes está deteriorada y necesita desesperadamente la ayuda de la ciencia y de la investigación sociales para resolver sus problemas. El gran conjunto de los ciudadanos en las democracias –por no decir nada de los ciudadanos menos liberados de otras partes– empieza a explorar las diferentes posibilidades para resolver sus problemas y, por lo tanto, mejorar su situación. Nuestras mentes están deterioradas, seguimos sumidos en una sustancial ignorancia de las alternativas. Por supuesto que este deterioro preocupa a nuestros dirigentes políticos, así como a toda la ciudadanía. Pero lo que se necesita para corregirlo no es un análisis político dirigido básicamente a las necesidades particulares de la dirigencia política, sino un análisis que constituya una educación, una luz y una liberación para el dirigente y los ciudadanos por igual. Una tradición

Pero el argumento de que no debe intentarse ir más allá, por el prejuicio de que con ello se perdería ese avance, es del todo inadmisibile. El problema existe: eludirlo no es la forma de enfrentarlo. Si en verdad se trata de mejorar los niveles de salud –y, para ello, ganar terreno a la enfermedad y a la muerte–, el camino que podría emprenderse va justo en el sentido contrario. Deberían explorarse con absoluta minucias las posibilidades que se abren a partir de ese proyecto de rostro que denominamos salud reproductiva, y estudiar los posibles diseños capaces de garantizarle viabilidad. Es preciso, también, asumir los retos que ella plantea como punto de cruce entre la *salud* y la *atención de la enfermedad*.

*Segunda: en conducción y evaluación adecuada, iniciativas como la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer reúnen oportunidades para ensayar posibles equilibrios entre las medidas de fomento y prevención y la atención médica a los episodios de enfermedad.* En esta línea, convendrá seguir de cerca la experiencia del recién anunciado Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino a partir de la introducción de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.

En breve, completa y bien documentada nota para el *Boletín Semanal* de la Dirección General de Epidemiología, Martínez, Espinosa y Palacios (1998) señalan que, según diferentes estudios, es posible *prevenir* de 20 a 60 por ciento del total de casos de displasias malignas gracias a programas de detección oportuna bien organizados (SSA, 1998). Sin embargo, continúan, la mortalidad y la morbilidad por este padecimiento en México no han logrado abatirse. De 1990 a 1997 se diagnosticó un promedio anual de 4 375 casos de cáncer cérvico-uterino en todo el país, con tasas que iban de 6.3 a 20.0 por cada 100 000 para las mujeres de 25 a 44 años y de 1.9 a 6.9 por cada 100 000 para las de 45 a 64 años. De ahí la trascendencia que podría llegar a tener un programa como el mencionado.

Ahora bien, esta misma nota muestra con toda claridad que no son pocos los obstáculos que hay que superar para alcanzar los resultados esperados. Entre ellos destacan los tres siguientes: *a)* el logro de una cobertura adecuada de la población en mayor riesgo: las mujeres de 25 a 64 años de edad; *b)* la calidad en la toma de la muestra y la interpretación del estudio citológico, cuyos resultados dependen fuer-

de análisis e investigación política sobre problemas sociales que no intente la tarea de llevar luz a los ciudadanos resulta muy ineficiente y constituye una equivocación en una sociedad democrática, es casi una tragedia, y una fuente siempre potencial de catástrofe (Lindblom, 1994).

temente de la técnica con que se toma la muestra y de la capacidad de interpretación de los citólogos, y *c)* la adecuada atención de los casos detectados, para lo cual las dificultades pueden ir desde la entrega oportuna de los resultados hasta las múltiples circunstancias que se interponen en el acceso de las mujeres a la atención requerida y, añadiríamos nosotros, la capacidad misma del Sistema Nacional de Salud para proveer dicha *atención* en forma oportuna con la calidad técnica y humana que *todo acto clínico* necesita para ganar su máxima eficacia.

A fin de reforzar las bondades de la iniciativa, concluyen las autoras, se tiene previsto tomar varias medidas, entre ellas: "... la operación de un sistema de vigilancia epidemiológica que cubriría el *proceso salud-enfermedad-atención-muerte* en el territorio nacional y la intensificación de las actividades de difusión y *promoción* para propiciar la participación activa de todas las instituciones de salud y de la sociedad".

Es claro que con la conducción y evaluación adecuadas, este tipo de iniciativas constituyen una excelente oportunidad para ensayar los posibles equilibrios entre las medidas de fomento y prevención, y la atención médica a los episodios de enfermedad que no lograron evitarse.

*Tercera: en salud reproductiva, el diseño y la operación de políticas atiende un área extremadamente sensible de la vida humana. Es su responsabilidad brindar oportuna, adecuada y calificada atención de la enfermedad.* Simultáneamente, habrá que redoblar el esfuerzo para encontrar modalidades de acercamiento entre los prestadores de servicio y los usuarios más atentas a la dimensión subjetiva, dentro de la complejidad que se vive en el centro de cada uno de los heterogéneos escenarios que constituyen el mosaico nacional.

Dos cuestiones impostergables son, entonces, el enriquecimiento de las visiones científicas unidimensionales (Galbraith, 1978; Morin, 1995) que, con frecuencia, orientan el diseño y operación de políticas dirigidas a áreas *tan sensibles* de la vida humana (Chomsky y Edward, 1979); y, de manera muy especial, no volver la espalda a la ciertamente difícil, costosa pero *ineludible responsabilidad* de brindar adecuada, oportuna y calificada *atención a la enfermedad* cuando las medidas de fomento y prevención no logran evitarla.

*Cuarta: los determinantes del costo beneficio/costo efectividad complementan la intervención clínica, y no a la inversa.* Si la discusión en torno a la transformación de las políticas de planificación familiar

en programas de salud reproductiva da prioridad a los determinantes del costo-beneficio –sin expandir al mismo tiempo la dimensión de los criterios médicos involucrados en la mejoría de la calidad de las intervenciones clínicas– se dificultará, sin duda, el esfuerzo para alcanzar soluciones satisfactorias al verdadero impacto sobre la salud de la población.

Puede conjeturarse que, en el fondo, en la discusión se está preguntando, con todo derecho, si verdaderamente el principio de la rentabilidad (Banco Mundial, 1993) es la vía más adecuada para orientar el quehacer del sector, en forma tal que garantice el derecho de los ciudadanos a la salud y a una adecuada atención ante los episodios de enfermedad.

Y es que si las tareas sectoriales coinciden con lo que en economía se designa como bien público –del mismo tipo que la defensa nacional o la prevención del crimen, para citar dos ejemplos (Weinberg, 1997)–, entonces ellas tendrían que ser financiadas por la sociedad en su conjunto antes que por los consumidores o “clientes” individuales de un mercado “normal” de oferentes y demandantes.

Si el campo de acción del sector salud fuera concebido como un bien público, sería responsabilidad del gobierno (Deutsch, 1980) incentivar y regular su labor. Y el monto de los recursos destinados –junto con las aportaciones individuales que día a día crecen con la esperanza de recibir una mejor atención– tendría que ser orientado dentro de un sistema de coordenadas que supere las consideraciones del costo-beneficio, aunque las incluya como uno de sus determinantes; un sistema cuya preocupación girara, más bien, en torno a los avances para mejorar y consolidar las condiciones de salud de la población (Department of Health, National Health Service, 1997).

*Quinta: en salud reproductiva –y general– el sector salud se comporta más como un bien público que como un nicho de mercado.* Algunas experiencias recientes de organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de salud reproductiva a sectores de la población con bajos recursos en diversos países de América Latina –y que fueron dadas a conocer por el Programa Inopal del Population Council (1998)–, ya exhiben un catálogo de intervenciones que ilustran la pertinencia de considerar a los servicios de salud reproductiva como bien público al tiempo que prueban su viabilidad. De ellas destacamos las siguientes tres:

1) La información muestra que las modalidades de utilización de los servicios por los cuales se tiene que pagar no pueden ser compren-

didadas sin considerar *los límites que marca el poder adquisitivo*. Así, un estudio reportado por una ONG ecuatoriana reveló que 80 por ciento de las usuarias de las 19 clínicas estudiadas se encontraban bajo la línea de pobreza (1 300 dólares estadounidenses anuales). Al analizar la proporción del ingreso mensual del hogar que representaba el precio de un servicio como la inserción de DIU, resultó que para los hogares más pobres del grupo éste podría llegar a constituir hasta 16.6 por ciento de ese ingreso. Pretender que usuarios potenciales de sectores como éstos paguen por los servicios de salud reproductiva equivaldría prácticamente a alejarlos de ellos: indudablemente habrá siempre otras necesidades más apremiantes que consumirán sus escasos ingresos; y las consecuencias tanto sobre su salud como sobre sus niveles de fecundidad no se harían esperar.

2) La información muestra también que la singular “mercancía” que constituyen los servicios de atención médica es de una naturaleza tan especial, que ante un poder adquisitivo ligeramente *más flexible* el panorama puede cambiar bastante. Otra de las investigaciones reportadas –que se propuso determinar el volumen en la pérdida de usuarias debido a incrementos en el precio de la atención– probó que para los servicios de salud reproductiva considerados (consulta ginecológica, revisiones de DIU y cuidado prenatal), fue más importante la *calidad* (y la promoción) que el *precio*. En efecto, cuando se logró garantizar la calidad de las intervenciones, la demanda no decayó, aun con sensibles incrementos de 40 y hasta 60 por ciento en los precios.

3) Finalmente, y a manera de última ilustración, conviene destacar que algunas ONG han logrado combinar ingeniosamente sus estructuras de *costos* para poder financiar así la prestación de ciertos servicios a bajo precio, gracias a lo cual y con modestos márgenes de ganancia en el cobro por algunos otros, han podido mantener la oferta de atención a precios accesibles a sus poblaciones usuarias sin comprometer por ello su nivel de autosuficiencia financiera.

La prestación de servicios de salud y de atención médica como *bien público*, de *calidad* y *accesibles* aun a la población de menores recursos, no es, entonces, imposible, siempre y cuando exista la disposición a reconocer (Kingdon, 1987) la especial naturaleza de este peculiar “producto” y a sacrificar márgenes de ganancia como los que se esperan “normales” en otros nichos de mercado.

## Agradecimientos

Los autores quieren patentizar su agradecimiento por el rico intercambio de puntos de vista que, para la elaboración de este artículo, sostuvieron con: 1) el auditorio que asistió a la Novena Semana de la Investigación Científica (UAM-Xochimilco, 18-22 de mayo de 1998); 2) los asistentes y ponentes de la serie de conferencias "Una mirada a las teorías y a las políticas de población", organizadas en ocasión del bicentenario de la publicación de la obra de T. R. Malthus, *An essay on the Principle of Population...* (UAM-Xochimilco/Conapo, 8-9 de junio de 1998); 3) los estudiantes y docentes de El Colegio de la Frontera Sur que participaron en la Semana de Intercambio Académico 1998 (16 de julio); 4) la primera generación (1997-1999) de maestrantes del posgrado en Población y Salud, con especialidad en Planificación Familiar, de la UAM-Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud; 5) Érida Flores Melo, Emilia Flores Melo, María de Lourdes Flores Fuentes, Irma Blas Rodríguez, Azucena Valentín González, Edith Alejandra Navarro, Martha Ivette Alfaro y Juan Manuel Becerril Valencia, miembros del Seminario de tesis del mismo posgrado, y especialmente, 6) el dictaminador anónimo de este artículo para su publicación en *Gestión y Política Pública*, por sus acertadas y valiosas sugerencias.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar Villanueva, Luis (1992), *El estudio de las políticas públicas*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Alcalá, M. (1995), *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción*, Nueva York, Family Care International.
- Aparicio R. (1988), "Niveles, tendencias e impacto demográfico de la anticoncepción" y "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", en *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, México, Dirección General de Planificación Familiar, Subsecretaría de Servicios de Salud.
- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud*, Washington, D.C.
- Bardach, E. (1998), *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas*, México, CIDE-Miguel Ángel Porrúa.

- Borrego, G. (1998), *Informe a la LXXXII Asamblea General del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Lic. Genaro Borrego, Director General*, México, IMSS, 27 de febrero.
- Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal (1994), *Mortalidad materna y perinatal. Acciones para su reducción. Cifras y hechos, 1989-1994*, México, SSA, OPS, Unicef, Sistema Nacional de Salud.
- Conapo (1976), *Ley General de Población y Reglamento de la Ley General de Población*, México, Consejo Nacional de Población.
- Chomsky, N. y E. Edward (1979), *Political Economy of Human Rights*, Boston, South End Press.
- Department of Health, National Health Service (1997), *The New NHS. Modern Dependable (White Paper)*, Reino Unido, 8 de diciembre.
- Deutsch, K. (1980), *Politics and Government*, Boston, Houghton Mifflin.
- Edwards III, G. C. (1980), *Implementing Public Policy*, Estados Unidos, Congressional Quarterly Press.
- Evans, M. (1998), "Análisis de redes de políticas públicas: una perspectiva británica", *Gestión y Política Pública*, vol. VII, núm. 2, segundo semestre, pp. 229-266.
- Galbraith, J. K. (1978), *The New Industrial State*, Boston, Houghton Mifflin.
- Harvey, Ph. (1997), "No nos confundamos con el concepto de salud reproductiva", *Carta de Población*, núm. 15, abril.
- Kingdon, J. W. (1987), *Agendas, Alternatives and Public Policy*, Londres, Scott-Foresman.
- Leal F., G. (1997), *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*, México (inédito).
- Leal F., G. y C. Martínez S. (en prensa), "La reforma mexicana de la salud y de la seguridad social. Toma de decisiones, primeros impactos y retos de la agenda para la salud", *Reporte de Investigación*, México, Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM-Xochimilco.
- Lindblom, Ch. (1994), "La investigación social para la elaboración de políticas: quién la necesita y para qué", *Gestión y Política Pública*, vol. III, núm. 2, segundo semestre, pp. 254-255 y 276-277.
- (1991), *El proceso de elaboración de las políticas públicas*, Madrid, Ministerio para las Administraciones Públicas/INAP/Porrúa.
- (1979), *The Policy Making Process*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Manjone, G. D. (1989) *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*, New Haven, Yale University Press.

- Martínez Espinosa (1988), "La detección oportuna del cáncer cérvico-uterino", *Boletín de Epidemiología*, núm. 14, vol. 18, semana 14, 5-11 de abril, México, SSA, pp. 1-3.
- Martínez Manautou, J. (1997), "Algo anda mal en planificación familiar", *Carta de Población*, núm. 22, agosto.
- (ed.) (1989), *Impacto del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la mortalidad perinatal*, México, IMSS/AMIDEM.
- Martínez S., C. (1995), *Planificación familiar: un programa con larga historia*, México, Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco (inédito).
- Morin, E. (1995), *Mis demonios*, Barcelona, Editorial Kairos.
- Population Council (1998), "Autosostenimiento financiero de los servicios de salud reproductiva", *Alternativas 1*, The Population Council/Programa Inopal III, México, pp. 1-10.
- PEF (1995a), *Programa de reforma del sector salud. Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, México, Poder Ejecutivo Federal.
- (1995b), *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, mayo, México, Poder Ejecutivo Federal.
- SSA (1998), "La detección oportuna del cáncer cérvico-uterino", *Epidemiología*, núm. 14, vol. 15, semana 14, 5-11 de abril, México, Secretaría de Salud, pp. 1-3.
- (1997), *Prioridades en prevención y control de enfermedades*, México, Subsecretaría de Control y Prevención de Enfermedades, Secretaría de Salud.
- (1996), *Informe de labores 1995-1996*, México, Secretaría de Salud.
- Tuirán, R. (1998), "Piden adecuar Ley General de Población", *Reforma*, miércoles 20 de mayo.
- (1997a), "Planificar para vivir", *Reforma*, domingo 16 de noviembre, p. 8A.
- (1997b), "Carta del R. Rodolfo Tuirán al Doctor Jorge Martínez Manautou", *Carta de Población*, núm. 24, noviembre.
- Weinberg, S. (1997), "La ciencia y sus problemas en el fin del siglo", *Vuelta*, núm. 247, junio, pp. 17-21.
- Welti C. (1989), "La investigación del efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad", en B. Figueroa (comp.), *La fecundidad en México. Cambios y perspectivas*, México, El Colegio de México.
- Zavala, M. E. (1992), *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, México, El Colegio de México/FCE.