

Antropología Experimental

<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>
2024. nº 24. Texto 13: 175-189

Universidad de Jaén (España)
ISSN: 1578-4282 Depósito legal: J-154-200

DOI: <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v24.7725>
Recibido: 26-01-2023 Admitido: 06-02-2024

Níger: ¿una natalidad desbocada? Demografía, salud reproductiva y desarrollo

Niger: a runaway birth rate? Demography, reproductive health and development

Javier MARTÍNEZ RUIZ

Universidad Nacional Educación a Distancia (España)
jmartinez4091@alumno.uned.es

Resumen

Situando el foco de investigación en el control de la fecundidad como estrategia política para el desarrollo en Níger, en este texto se observa cómo se recrean determinadas retóricas y prácticas del desarrollo que, a la sombra del paradigma de los Derechos Humanos y de la lucha contra la mortalidad, construyen las premisas necesarias para la legitimización de la disciplina biopolítica de población. Para ello se aplica un enfoque cualitativo y culturalmente sensible que explica los fenómenos de población y reproducción y el modo en que la gubernamentalidad, sostenida por las instituciones financieras internacionales y de desarrollo, convierten el cuerpo femenino en objeto de control e interés político.

Abstract

Focusing the research on fertility control as a political strategy for development in Niger, this text observes at how certain development rhetoric and practices are recreated in the shadow of the human rights paradigm and the fight against mortality, constructing the necessary premises for the legitimisation of the biopolitical discipline of population. To this end, a qualitative and culturally sensitive approach is applied to explain the phenomena of population and reproduction and the way in which governmentality, sustained by international financial and development institutions, converts the female body into an special object of control and political interest.

**Palabras
Clave**

Desarrollo. Control demográfico. Biopolítica. Planificación familiar. Níger
Development. Population Control. Biopolitics. Family planning. Niger

A modo de introducción

Los implantes (Karan damtsé), las inyecciones (allurar wata uku uku) y las pastillas (kwayoyi) no irán bien si eres una mujer joven, no son cosas que vayan bien si quieres tener muchos hijos y verlos crecer fuertes. Son las cosas de los blancos (nassaru) (mujer N_ aldea Maradi_ 06.08.2017).

Níger es el país más extenso del África Occidental con más del 80% de su territorio cubierto por el desierto del Sahara. La agricultura de subsistencia es el principal sustento para el 80% de su población representando el 43% de su PIB (Structure Chargée de la Coordination de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle, 2017, p. 7). Debido a las sequías prolongadas, el país sufre una situación de inseguridad alimentaria crónica, una de las más graves de todo el continente. Esto se refleja en la alta prevalencia de desnutrición entre menores de cinco años (33, 2 % en 2021), en una mortalidad infantil entre las más elevadas del mundo (78 por cada 1000 nacimientos vivos en 2020) y en su mortalidad maternal (509 casos por 100.000 nacimientos vivos en 2017). Níger es uno de los países del mundo con mayor tasa de crecimiento demográfico anual (3, 7% en 2021), con una tasa de fertilidad de 6, 7 hijos por mujer y de natalidad (45 nacidos vivos en un año por cada 1.000 personas), entre las más altas del mundo. Esta situación estructural revierte directamente, siguiendo a los organismos internacionales de desarrollo, en una pobreza que afecta a más de 12 millones de personas (el 50, 6 % del total en 2018 según el Banco Mundial¹). Esta situación lleva al país a ocupar plaza en la lista de Países Menos Adelantados², el último lugar en el Índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2020), y uno de los primeros puestos entre los beneficiarios de Ayuda Oficial al Desarrollo³.

No obstante, este cóctel de cifras precisa algunas matizaciones desde una perspectiva antropológica. Scheper-Hughes en su trabajo sobre la mortalidad infantil en el nordeste brasileño (2000, pp. 293-294) llama la atención a propósito de la sobredeterminación de los datos duros (hechos aparentemente objetivos y neutrales plasmados en cifras estadísticas) que recrean categorías y que son parte de la construcción tecnocéntrica del problema, nutriendo el diseño de políticas, programas e intervenciones. Considero como ella, que una investigación etnográfica, cualitativa y culturalmente sensible contribuye a generar perspectivas renovadas sobre las lógicas locales en torno a la fecundidad. Partiendo de esa premisa, en este texto se tomarán en cuenta tanto los mecanismos sociales, como las concepciones y las prácticas para la gestión de la fertilidad en la región de Maradi.

Por otro lado, la estrecha vinculación de las mujeres con las actividades reproductivas induce a la necesidad de aplicar una perspectiva de género y un análisis que tome en cuenta el cuerpo como categoría analítica, siguiendo así a Scheper-Hughes y Lock (1987) en las tres perspectivas desde las cuales el cuerpo de las mujeres será analizado: cuerpo individual, social y el político.

Llegué a Níger por primera vez el año 2005 como jefe de misión de una Organización No Gubernamental (ONG) internacional con el objetivo de mitigar los efectos de una crisis alimentaria⁴. Durante casi una década de permanencia en el país, aunque de manera discontinua, mi trabajo ha consistido en implementar programas y proyectos centrados en el desarrollo rural, la seguridad alimentaria y nutrición, y la salud. En concreto, en el ámbito de la salud, desde el año 2015 hasta el mediados del 2019, me he ocupado de la promoción de la salud sexual y reproductiva. Cuando apenas llevaba unos meses en el país aconteció una anécdota reveladora. En el curso de una jornada de trabajo en una aldea rural del departamento de Guidan Roudmji, en la región de Maradi, una mujer llamó mi atención y me atrajo hacia el interior de una

¹ En este artículo utilizo principalmente datos procedentes del Banco Mundial <https://datos.bancomundial.org/> 20.10.2022

² La categoría de países menos adelantados (PMA) fue establecida oficialmente en 1971 por la Asamblea General de las Naciones Unidas para un conjunto de aquellos que se caracterizaban no solo por su pobreza generalizada, sino también por la debilidad estructural de sus recursos económicos, institucionales y humanos. En la actualidad son 46 los países designados por las Naciones Unidas como países menos adelantados (PMA).

https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/publication/Idc_list.pdf

³ Según análisis de los flujos netos de ayuda bilateral de los 10 principales países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) en 2019. <http://wdi.worldbank.org/table/6.11#>

⁴ Desde el inicio del presente siglo la población de Níger ha sufrido cuatro crisis alimentarias graves: 2001, 2005, 2010 y 2012.

sala en la *Case de Santé*⁵ donde se encontraba una parturienta. Estirada sobre un *natte*⁶, boca arriba, yacía una joven mujer hausa. De pie junto a ella, otra mujer más mayor sostenía al recién nacido por los tobillos. Con un gesto delicado, ayudándose de una ramita de *neem*⁷, le retiraba el exceso de vénix desde los pies hasta la espalda. Mientras, una tercera mujer, recogía y envolvía en un paño blanco la *uwar cibiya* recién expulsada⁸. Todos los presentes se mostraban inequívocamente felices. Al acabar la jornada y despedirme del *likita*⁹ le pregunté si conocía la edad de la joven. “Safia tiene 17 años y el de hoy es su cuarto parto. Escuché después del parto como le decía a su hermana que quería tener al menos seis hijos más”, me dijo. Más tarde me percaté que otro de los hijos de Safia, de unos 26 meses de edad, estaba desnutrido y era llevado por su abuela regularmente al centro de recuperación nutricional para beneficiarse del apoyo alimenticio que brindaba nuestro proyecto. ¿Qué razones animaban a estas mujeres a seguir teniendo hijos ante un destino probable de hambre, desnutrición o muerte?, ¿cuál es el valor cultural que tiene la fecundidad entre los hausas?, ¿cuáles son las percepciones y las prácticas locales frente a la (no)reproducción?, ¿cómo responde el gobierno, las oenegés y la ayuda internacional ante la alta tasa de natalidad? Son algunas de las preguntas iniciales que motivaron esta investigación. Siguiendo a Olivier de Sardan (1995, p. 141), en todas las intervenciones de desarrollo se confrontan dos mundos, dos culturas, dos sistemas de significados. Por una parte, la configuración de representaciones de las comunidades receptoras de la ayuda; y por otra, la de las instituciones de desarrollo y las de sus operarios, cimentadas sobre el propio discurso occidental, en este caso sobre una “natalidad desbocada”, como causa y efecto de la pobreza y el subdesarrollo.

Esta investigación forma parte de una tesis doctoral cuyo objetivo es comprender e interpretar, desde la lógica local, la gestión de la fertilidad entre la población hausa de Níger y las tensiones que recorren las prácticas, los discursos y las políticas en torno a la gestión de la misma. El trabajo de campo se realizó en el periodo de 2017 a principios de 2019 en aldeas rurales del departamento de Maradi y en los núcleos urbanos de Maradi y Niamey¹⁰. En concreto en esta oportunidad me interesa analizar las representaciones que se deducen del discurso del desarrollo sobre la reducción de la natalidad a través de una determinada concepción de “lo saludable”, de los derechos reproductivos y la (sobre)fecundidad local como algo no aceptable. Siguiendo a Foucault, esa biopolítica cuyo interés central es el control de un conjunto de procesos como la proporción de los nacimientos y las defunciones, la tasa de reproducción, la fecundidad de una población, etcétera (2000, p. 220), se ejerce en Níger, mediante la difusión de determinada tecnología contraceptiva moderna que, por su origen biomédico occidental, parece no tener un encaje culturalmente adaptado y obvia la realidad social y cultural de la población destinataria.

Biopolítica, desarrollo y control demográfico.

Desde la década de los noventa del siglo XX la antropología ha deconstruido el concepto de desarrollo que ha orientado las políticas nacionales desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta la actualidad (Escobar, 1996; Gimeno y Monreal, 1999; Sachs, 2022; Viola, 2000; Sardan, 1995...). Una de las críticas más frecuentes se refiere a la visión etnocéntrica que lo inspira y lo equipara con la modernización, con la transformación de las sociedades tradicionales en modernas, proceso concebido según una lógica evolutiva lineal, como un hecho biológico, natural y universal. Parafraseando a Escobar, se trata de

⁵ La *Case de Santé* (CS) es un dispensario que funciona como una estructura avanzada de los *Centrés de Santé Intégré* (CSI), los cuales aseguran el acceso de la población según las áreas sanitarias a las que se circunscriben. En el mundo rural nigerino, disperso y mal comunicado, este dispensario representa el acceso más cercano a la atención primaria.

⁶ Alfombra de plástico trenzada colorida y de diferentes tamaños.

⁷El árbol del neem o nim (*Azadirachta indica*), tiene diversas propiedades: antialérgicas, antivirales, antifúngicas, antiinflamatorias, antipiréticas, antisebáceas, insecticidas, larvicidas y espermatocidas (Ogbuewu et al., 2011, p. 230).

⁸ *Uwar* en hausa es la placenta de la mujer y *cibiya* hace referencia al cordón umbilical que la acompaña. La placenta es objeto de una práctica ritual que consiste en enterrarla cerca de la casa familiar después de haber sido lavada con agua fresca y envuelta en un paño por parte de una mujer de la familia, o de la propia partera tradicional (*N’Gozama*,). De este modo para un informante: *la placenta representa, en sentido figurado, un niño no nacido. Esta debe preservarse del riesgo de que los animales u otros seres sobrenaturales, atraídos por el olor a sangre, la devoren causando perjuicio al bebé recién nacido* (partera_ Niamey_23.09.2017).

⁹ En hausa: doctor, médico o enfermero.

¹⁰ Las entrevistas fueron realizadas en francés y en hausa, con ayuda de dos asistentes locales, a mujeres, agentes sanitarios, parteras, líderes religiosos y otras personas relacionadas con la gestión del cuerpo de las mujeres.

(re)crear las condiciones necesarias para reproducir los rasgos característicos de las sociedades occidentales y los valores culturales modernos en los países subdesarrollados (1996, p. 19-20). En los estudios demográficos esta asociación resulta bastante evidente.

Si bien la perspectiva que enfrenta a las personas, percibidas como un factor de población que desafía la capacidad de la tierra para sustentar la vida humana contra los recursos finitos, se ha ido asentando dentro del discurso político del desarrollo desde los años 70 del siglo pasado (Duden, 2022, p. 291), su origen se remonta a las teorías del considerado padre de la demografía, Thomas Malthus¹¹. En su forma más reciente, el neomaltusianismo, afirma que cuando los pobres crecen en número destruyen su entorno en su empeño por sobrevivir (Harcourt, 2011, p. 82). De tal modo, la Teoría de la Transición Demográfica, inicialmente concebida para explicar el paso de las sociedades preindustriales europeas hacia un régimen demográfico moderno, fue confundida con una teoría global de la fecundidad humana (Beaver, 1975, en Quiñones, 1994, p. 7) y aplicada a los países del Tercer Mundo en el contexto histórico de la Guerra Fría (Szreter, 1993) en un momento de declive demográfico en el que se asienta el desarrollo como un discurso y un conjunto de prácticas. De hecho, hoy en día se asume sin ambages que la alta fecundidad obstaculiza el desarrollo en los países pobres y consecuentemente, el control demográfico y la modernización de su régimen demográfico, se presentan como incontrovertibles.

Desde la Conferencia de Alma-Ata de 1978 en la cual se defendió la salud como un derecho fundamental, los postulados desarrollistas preconizaron la intervención directa sobre las necesidades básicas de la población. Para paliar esas necesidades se consideró necesario establecer un sistema de Atención Primaria en Salud (APS) que fuese al mismo tiempo capaz de afrontar las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas, de la falta de salud dentro del régimen internacional de la ayuda al desarrollo. En ese momento, el marco internacional de la cooperación sanitaria, articulada en el discurso y las prácticas inherentes a la idea occidental del desarrollo, se abrió totalmente a nuevos actores como el Banco Mundial que empezó a considerar las consecuencias del crecimiento demográfico, en los estados receptores de ayuda, como una causa directamente relacionada con la falta de salud y el empeoramiento de las condiciones de vida.

A finales de los años ochenta, la concepción general de que un desarrollo basado en un enfoque exclusivamente economicista llevaría a una reducción de la pobreza y a un mayor bienestar general de la población, sería revisitada. Ese análisis de los elementos que incidían en el (sub)desarrollo contribuirán a adjetivarlo como “humano”¹². De este modo, la salud, la noción de lo saludable, desempeñó un papel clave en esta reformulación del desarrollo económico como humano, aunque en la práctica el crecimiento económico se siguió considerando como la palanca esencial del cambio social. Tal como afirma Pazos (2015, p. 173) cualquier posibilidad transformadora del concepto de salud derivado de la Conferencia de Alma-Ata quedó limitada cuando se consolidó su asociación con el enfoque del desarrollo. De este modo, se conjuga progresivamente una relación central y constante entre la salud y el desarrollo y los procesos de cambio social. La salud no será ya sólo un derecho, sino que pasa también a ser la meta social prioritaria, un índice más para calibrar las diferencias entre los países desarrollados y los subdesarrollados funcionando como un fetiche que mide y simboliza la transformación social (Pazos, 2015, p. 172).

El siguiente hito fundamental para asentar estas ideas en la comunidad internacional de donantes fue la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, celebrada en 1994. En ella se asumieron objetivos concretos centrados en la atención en salud reproductiva que incluían la planificación familiar expresada como un derecho humano¹³. Este discurso multiplicó la implementación de

¹¹ Malthus formuló su teoría por primera vez en su “Ensayo sobre el principio de la población” de 1798. En síntesis, asume un desbalance entre la capacidad de crecimiento de la población y la de crecimiento de los recursos. La primera excede a la segunda imposibilitando la reproducción económica y social (Malthus, 2016).

¹² El término se divulgó haciéndose un referente a través de los Informes Elaborados por el PNUD. En el informe de 1990, el Desarrollo Humano se define como un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos entre las cuales se sitúan una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990).

¹³ Previamente, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968, la planificación familiar ya se convirtió en una obligación de derechos humanos para todos los países, gobiernos y legisladores. Posteriormente, el Programa de Acción derivado de la Conferencia de 1994 fue el primer documento político internacional que impulsó los conceptos de derechos en materia de procreación y salud reproductora, estableciendo bases para la acción, objetivos y medidas para la planificación familiar (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014, pp. 70-73).

programas de contracepción moderna y el control biomédico de la fecundidad. No obstante, aunque en la acción para el desarrollo se sigue hoy aludiendo a la retórica propuesta en el Programa de la CIPD, éste fracasó por las reformas económicas internacionales que perjudicaron a los sistemas sanitarios de casi todos los países en vías de desarrollo. Desde El Cairo y la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing de 1995 el interés de la acción internacional para el desarrollo se centró en los derechos de la mujer, lo que implicó cierto giro de timón hacia una perspectiva integrada de salud y género y, en concreto, hacia la mortalidad materna e infantil como el punto de partida para solucionar las desigualdades en los sistemas sanitarios (Harcourt, 2011, p. 76). Este interés se concretará primero en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y posteriormente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹⁴. Coincido con Harcourt (2011, p. 79) cuando asevera que: “los ODM encajaron con una lógica política de salud mercantilista que trata más sobre la creación de nuevos campos de inversión y expansión de servicios y bienes biomédicos que de la salud y los derechos de la mujer per se”. Mientras, se siguen imponiendo programas verticales de planificación familiar y dando prioridad a ésta por encima de la salud reproductiva, y a la salud reproductiva sobre la atención primaria en salud (en Wichterich, 2015, p. 29).

Desde un enfoque weberiano, un sistema de control social, en este caso de población, puede ser mantenido si es representado como legítimo, es decir, como un sistema que es justo y digno de apoyo. Esta legitimación se puede lograr recurriendo y apelando a fundamentos racionales, los cuales se expresan frecuentemente por medio del discurso. Como veremos, el discurso del desarrollo-población-control demográfico que se aplica en Níger, instrumentaliza el fundamento de la salud para su legitimización. En 2001 la Organización Mundial de la Salud publicó un informe en el que se argumentaba que la salud es una de las manifestaciones macroeconómicas que afectan a la población en el ámbito mundial y se reconocía su repercusión en el desarrollo humano económico y social. Uno de los hallazgos más importantes sobre los vínculos entre la salud y el desarrollo de ese informe concluía que (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 23):

“Es indispensable que las inversiones destinadas a la lucha contra la morbilidad se acompañen de inversiones en salud reproductiva, como la planificación familiar y el acceso a los anticonceptivos. El control de las enfermedades, unido a una mejor salud reproductiva, probablemente reduzca la fecundidad y propicie mayores inversiones en la salud y la educación de cada hijo, así como un menor crecimiento de la población”.

De este modo, y paulatinamente en la práctica, la salud internacional se ha convertido también en objeto de economía política. Desde esta perspectiva, concuerdo con Pazos (2015, p. 159) en su argumento de que el concepto de salud internacional no se refiere tanto ya a un estado objetivo de la salud, sino que designa todo un sistema de relaciones sociales, económicas y políticas entre naciones y otras instituciones sociales. Esta estructura, según este autor, está atravesada por relaciones de poder; se ha ido conformando como una expresión del sistema mundo-económico-moderno, como expresión manifiesta de las relaciones de dominio entre las fuerzas económicas y políticas que lo conforman (Pazos, 2015, p. 159).

Así, en la retórica política y en su praxis, avalada ahora por la búsqueda del desarrollo humano, se entrecruzan e interactúan estrategias sanitarias y biopolíticas en torno al cuerpo, de tal forma que los derechos en materia de procreación después de la Conferencia de El Cairo han producido “cuerpos sexualizados como objetos y sujetos controvertidos tanto en las prácticas de poder a pequeña escala, como de las estrategias a nivel global” (Harcourt, 2011, p. 58). Como señala Wichterich (2015) las instituciones poblacionales mutaron sus estrategias y conceptos hacia la salud reproductiva, legitimándose los programas de planificación familiar a través de conceptos como el de “maternidad segura”, siendo los cuerpos de las mujeres, desde una lógica de control de la población, el objeto político y principal blanco de la “planificación familiar” (pp. 28-29). Así, se ha acabado generando una biopolítica centrada en la gestión moderna, la administración y la medida del cuerpo reproductor femenino como reflejo de la salud del

¹⁴ Suscritos por los 192 países integrantes de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en el año 2000 se lanzaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con el objetivo de fomentar una alianza mundial para acabar con la pobreza (ONU, 2000). Para dar continuidad a este programa, en 2015 se lanzaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030 con 17 objetivos y 169 metas incluidos en la Agenda 2030 (ONU, 2015).

cuerpo social. El objeto de esta biopolítica es el cuerpo reproductor femenino y su reflejo, el cuerpo social que se considera como una entidad biológica definida en su relación con el medio que habitan. Para Valls-Llobet (2009, p. 71), una consecuencia de esto implica que:

“El poder de los Estados modernos se convierte en un biopoder, en el poder de hacer vivir y dejar morir, y se ejerce como una capacidad de gestionar, no ya los individuos ni el Estado en sí, si no este nuevo “objeto” de la política que es la población. Para el biopoder se tratará de gestionar los recursos para que la población viva, para que aumente el número de habitantes en Occidente y para que disminuya en los países en desarrollo”.

Ayuda al desarrollo y despolitización de la pobreza.

En Níger concurren y operan una variada gama de entidades en el ámbito del desarrollo y la ayuda humanitaria. Entre los organismos de desarrollo multilaterales presentes en el país se encuentran las agencias nacionales de los países donantes y las agencias técnicas del sistema de Naciones Unidas. Asimismo, están operativos en el país el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y una pléyade de ONG nacionales e internacionales¹⁵ e instituciones financieras como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional. El Banco Mundial estima la Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) recibida en el país en 2020 en 1,93 mil millones de dólares lo que significa el 14, 05% del PIB para el mismo año¹⁶.

Los ajustes estructurales promovidos en las últimas décadas del siglo pasado por las instituciones financieras internacionales en los estados africanos, estudiados entre otros por Rodríguez -Piñero (2000), condujeron a la liberalización, la privatización y la descentralización de lo público. En Níger estos ajustes¹⁷ conllevaron un impacto altamente negativo en el ya débil aparato estatal y en particular en el sistema sanitario público con consecuencias directas sobre la población más pobre del país (Gervais, 1993, p. 26). En un primer momento, el intervencionismo económico proclamado por el Consenso de Washington, tras analizar de forma parcial el fracaso de estos ajustes económicos para los países subdesarrollados, concluyó que la solución pasaba por conseguir un “buen gobierno” en los estados receptores de la ayuda. Poco después, esa sutil injerencia de la comunidad de donantes en la producción de las políticas locales ampliará la condicionalidad de la ayuda a los dos principios básicos de la ortodoxia política occidental y liberal: la democracia y la aplicación de los Derechos Humanos, que enmarcan hasta hoy las relaciones bilaterales y multilaterales entre la comunidad de donantes y los países en desarrollo.

A principios de la década de 2000 la arquitectura de la ayuda se reorientará hacia el discurso internacional de lucha contra la pobreza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) materializando una visión de la ayuda centrada en las poblaciones, con objetivos cuantificados y procedimientos altamente estandarizados (Egil, 2005, p. 97). Con la Declaración de París de 2005 (OECD, 2005) se sientan las bases¹⁸ de esta revisión en torno al apoyo a las políticas nacionales de los estados en régimen de ayuda y se consigue que las élites locales asuman como propios¹⁹ los discursos para la acción pública. Como sugiere Lavigne (2013, p. 139), esa noción de apropiación es ambigua ya que no se trata tanto de reconocer la

¹⁵ A finales de 2020 las ONG presentes en el país eran 3233 nacionales y 268 extranjeras (Ministère de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire, Agence Nigérienne de Presse, 2022, Enero 25)

¹⁶ El PIB de Níger en 2020 es de 13, 74 mil millones de dólares y la AOD en 1, 93 mil millones. <https://datos.bancomundial.org/>

¹⁷ Desde 1983, primero el FMI y posteriormente el Banco Mundial, aplicaron en Níger medidas para resolver el problema del déficit a nivel macroeconómico. La caída en el gasto público afectó seriamente a los servicios sociales ofrecidos a la población y originó revueltas sociales que fueron reprimidas y que condujeron a la crisis del gobierno del presidente Saibou y a la consiguiente Conferencia Nacional de 1991 en Níger, donde se desmantelaría el longevo régimen militar, dejando al presidente nigerino sin mayor poder efectivo, y rechazando los Planes de Ajustes Económicos (PAS, por sus siglas en francés) propuestos por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial para el país (Gervais, 1993, p. 26).

¹⁸ La Declaración de París acordada, entre países donantes y receptores, organismos multilaterales e instituciones financieras en el II Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda celebrado en París en 2005, significó la asunción de compromisos mutuos entre las partes con el fin de acrecentar la calidad de la ayuda y su impacto sobre el desarrollo, persiguiendo mejorar principalmente los problemas derivados de la proliferación de donantes y la fragmentación de la ayuda. Al Foro de Alto Nivel celebrado en París en 2005 le han seguido otros (Accra 2008, Busán 2011, México 2014...) que han servido para monitorear los progresos y ahondar en el camino iniciado por la Declaración de París de 2005.

¹⁹ La “apropiación” es uno de los cinco principios de la Declaración de París. Los otros son: “alineamiento”, “armonización”, “gestión orientada por resultados” y “mutua responsabilidad”.

autonomía de los estados en la elección de sus políticas sino en intentar que adopten las políticas correctas. Así, el término en ese contexto, se utiliza para describir el grado de compromiso mostrado por el país subdesarrollado en la aplicación de las reformas que los donantes le animan a adoptar. En el caso de Níger, este nuevo marco de relación para mejorar la eficacia de la ayuda se ha traducido en una suerte de ingeniería institucional que, si bien ha llevado a una mayor participación entre los donantes y los sistemas administrativos de los países receptores, también ha aumentado en la práctica la injerencia de los donantes en el proceso de elaboración de las políticas (Whitfield & Fraser, 2009, citado en Lavigne, 2013, p. 139).

Bajo una escrupulosa apariencia de respeto a la soberanía política de los países receptores, los procesos de elaboración de estas políticas públicas económicas y sociales, cuya parte importante de su financiación debe ser aprobada posteriormente en la metrópoli, son en parte los reflejos de sus propias visiones e intereses al estar (co) liderados por esos socios técnicos y financieros internacionales. Un ejemplo de ello es el proceso de puesta en marcha en el país del nuevo Plan de Desarrollo Económico y Social de Níger para el periodo 2022-2026 (PDES, por sus siglas en francés) que a pesar de haber sido adoptado en Niamey²⁰ debe ser sometido a consideración en París para su financiación por los PTF (socios técnicos y financieros, por sus siglas en francés), de los cuales se espera que financien el 34, 70% del total (Ministère du Plan, 2022, p. 9).

Así, la mejor garantía para asegurar que la natalidad galopante de Níger pueda ser controlada es una política de población dictada y financiada en gran medida por los países occidentales que se diluye, como en un juego de sombras, en toda la política social y económica nacional. Un dignatario nigerino dejó entrever esa externalización de su propia política de población cuando afirmó (Ministère de la Population, 2019, p. 3):

“Con la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los organismos internacionales quisieron colocar las cuestiones del crecimiento demográfico en el centro de la cuestión del desarrollo humano y sostenible. Níger se ha comprometido a actuar en consecuencia para domesticar mejor la evolución de su población”.

Por su parte, la Estrategia de Desarrollo Sostenible y Crecimiento Inclusivo (SDDCI Níger 2035, por sus siglas en francés), piedra angular de la visión política nigerina, apunta estadísticamente esa idea: “[...]para la realización de las aspiraciones del pueblo nigeriano de aquí a 2035 (...) el aspecto más crucial es, sin duda, la ralentización de la tasa de crecimiento de la población, que actualmente es del 3, 9% anual y se prevé que alcance el 2, 56% en 2035, lo que representa una tasa de fecundidad de 5 hijos por mujer (Ministère du Plan, 2017a, p. 5).

Pero para que el discurso político desarrollista y antinatalista, acuñado por la corporación financiera internacional bajo el espectro maltusiano, pueda ser asumido por el gobierno nigerino primero tiene que despolitizarse. Para ello, se tiende a caracterizar a las mujeres y a las familias demasiado extensas como “irresponsables”. Tal como nos hacen saber, en referencia al comportamiento pronatalista: “Para lograr el éxito de esta profunda modernización [...]hay que propiciar una sociedad orientada al progreso que favorecerá el surgimiento de ciudadanos verdaderamente responsables. Este cambio tomará tiempo y debe iniciarse con tacto” (Ministère du Plan, 2017a, p. 26). En realidad, ya el propio Malthus en su ensayo entendía que los pobres se multiplicaban, presas del instinto de reproducción y aún en condiciones de miseria, entre otros factores, por su irresponsabilidad. Esta representación primitivista, que perdura invariable en su esencia y es tremendamente útil para justificar el fracaso de las políticas de desarrollo y de lucha contra la pobreza, se traslada al discurso de las políticas nacionales de los países con un régimen demográfico premoderno, como es el caso de Níger.

Queda patente que la lógica propia de los países donantes se asume en el discurso y en la acción pública nigerinas cuando se afirma en el Plan de Desarrollo Económico y Social que: “La situación social se caracteriza por un nivel de pobreza relativamente elevado [...]consecuencia del fuerte crecimiento demográfico” (Ministère du Plan, 2017b, p. 37). De este modo, se propicia la visión de que la gestión que las mujeres y las familias nigerinas hacen de su propia fertilidad no solo es la causa de la pobreza, puesto que

²⁰ Decreto n°2022-488_PRN_MP de 10 junio 2022.

de ella se deriva un crecimiento demográfico nacional no sostenible (construido estadísticamente sobre el porcentaje del 3, 9%), sino que además es también la consecuencia de esa pobreza. Así, el objetivo del control de esa natalidad desbocada se infiltra transversalmente en el conjunto de las políticas sociales haciéndose multisectorial. Desde la estrategia política de desarrollo sostenible y crecimiento inclusivo (SDDCI, por sus siglas en francés) se operativiza en los planes de desarrollo económico y social (PDES, por sus siglas en francés) y a través de ellos se transforma en un faro guía para la política sanitaria, siendo así que el factor del crecimiento demográfico que amenaza con la ruina económica nacional y de las familias, se traslada de una a otra en cascada, haciéndose transversal y multisectorial.

Una vez que el discurso ha despolitizado las causas de la pobreza y justificado al mismo tiempo el fracaso de décadas de políticas de desarrollo, poniendo en el centro del problema como causa y consecuencia la fecundidad de los pobres, es necesario justificar el cambio cultural para que el control demográfico se reconvierta en política sanitaria. Para lograrlo, siguiendo a Hobart en su crítica del desarrollo (Hobart en Pérez Galán, 2012, pp. 92-119), el discurso debe caracterizar a esos pobres como ignorantes a los cuales someter a: "...Una vigorosa campaña de información y educación pública que habrá logrado modificar los comportamientos y las normas con respecto al tamaño ideal de la familia" (Ministère du Plan, 2017a, p. 10). Este discurso también es frecuente entre los agentes sanitarios a los que entrevisté en Maradi: "las mujeres de los pueblos no alcanzan a comprender, desconocen las ventajas de la planificación familiar, es a causa de su ignorancia" (sanitario centro salud rural Maradi_05.07.2018).

Esta caracterización refleja una visión etnocéntrica y eurocéntrica que desestima el conocimiento y la práctica local sobre qué es lo adecuado para las propias familias frente a lo que se construye como necesario para el crecimiento económico del país. Además, contribuye a justificar las estrategias de marketing social para aumentar la demanda de métodos contraceptivos modernos y permite, al mismo tiempo, a los técnicos de la salud pública -que se presentan como un último eslabón operativo del que se sirven los objetivos demográficos globales- asumir la lógica vertical de la biopolítica en Níger. Sin embargo, como se deduce de mis entrevistas y de los datos oficiales²¹, esta visión de las mujeres como ignorantes, en este caso desconocedoras de los métodos y servicios de la planificación familiar, no se ajusta completamente a la realidad. Por ende, si seguimos esa lógica hasta sus últimas consecuencias, se puede inferir de ella que, en un contexto en el que lo religioso es un importante referente cultural y político dentro de la sociedad, esta visión de la mujer como ignorante reproduce y es un reflejo (a escala micro) de determinada islamofobia epistémica occidental que invisibiliza las epistemologías y cosmologías no occidentales, y privilegia las propias como formas superiores de conocimiento. Este razonamiento, lógica fundamental y constitutiva del mundo moderno-colonial, refuerza la idea esencialista de que la *razón* se halla en Occidente (Grosfoguel, 2012, p. 51) obviando así que el islam es una forma de vida, un sistema que abarca la totalidad de las dimensiones individuales y sociales y por supuesto, también las relacionadas con la fecundidad, las mujeres y sus cuerpos.

La planificación familiar medicalizada como dispositivo de control demográfico.

El gobierno de Níger ha desarrollado desde 1984 servicios de planificación familiar en el país, integrándolos gradualmente a los servicios de salud materno infantil y adoptando normativas que rigen los servicios anticonceptivos esenciales. Sin embargo, el solapamiento del objetivo demográfico global con el conjunto de políticas nacionales de desarrollo ha tenido que ser progresivo por la fuerte oposición social a la planificación familiar, entendida ésta como herramienta al servicio de una política antinatalista impuesta por occidente a través de programas y proyectos de cooperación al desarrollo. Como señala Aznar siguiendo a Necco (2012, p. 87):

"En cuanto, a la planificación familiar, su aceptación por el mundo islámico varía desde la necesidad observada desde hace más de medio siglo de ajustar las poblaciones a los recursos, hasta las teorías conspirativas acerca del supuesto interés de Occidente por limitar el número de fieles. Por eso los *ulemas* serían por lo general favorables a la

²¹ Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2012 de Níger (EDSN 2012, por sus siglas en francés) el 87, 7% del conjunto de mujeres encuestadas (entre 15 y 49 años) conocen al menos un método de contracepción moderna, siendo la píldora el método más conocido (83%) (Institut National de la Statistique, 2013, p. 64).

planificación familiar si es producto de una decisión de las familias, en oposición a la contracepción como política oficial”.

En ese sentido y como el propio gobierno reconoce: “La Política Nacional de Población de 1992 no consiguió integrar suficientemente las variables demográficas en las políticas, programas y planes sectoriales ocultando así el carácter transversal de tal política” (Ministère de la Population, 2019, p. 4). Tras ese fracaso, el estado se comprometió en la elaboración de una nueva estrategia conocida como *Déclaration Générale de Politique de Population* adoptada en 2007 cuyo objetivo era contribuir a la reducción de la pobreza promoviendo la adquisición de: “una mentalidad y un comportamiento reproductivos capaces de inducir en las poblaciones un aumento significativo en el uso de métodos anticonceptivos y una reducción de los matrimonios precoces”. Posteriormente, para apuntalar ese “cambio de mentalidades” el estado promovió y potenciará un plan de comunicación con los objetivos específicos de: (i) aumentar la demanda expresa de planificación familiar del 30% en 2012 a más del 60% en 2050 y (ii) reducir el número ideal promedio de hijos señalado por las mujeres de 9, 2 hijos en 2012 a 4 hijos como máximo alrededor de 2050” (Ministère du Plan, 2017a, p. 26).

Así, las políticas de control de la natalidad en Níger se fundamentan esencialmente en la difusión de técnicas contraceptivas modernas y en propiciar un “cambio de mentalidades” necesario para lograr una mayor aceptación de estas, asociadas a un saber biomédico y por tanto sujetas mayormente a entornos medicalizados. Por muy útiles y saludables que puedan ser los métodos anticonceptivos modernos para la satisfacción de los derechos reproductivos de las mujeres, según el enfoque de derechos (CIPD 1994), o para la luchar contra la mortalidad materna, según la orientación más próxima a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), ni siquiera su mayor disponibilidad se traduciría sistemáticamente en un aumento significativo de su demanda en un país donde las mujeres declaran -de media- el deseo ideal de tener más de nueve hijos (INS, 2013, p. 96). Desde una perspectiva antropológica el “cambio de mentalidades” representa un cambio cultural estructural multidimensional que afecta no solo al patrón reproductivo de las familias sino a las relaciones e ideologías de género, a las aspiraciones reproductivas individuales, al modelo patriarcal de sociedad legitimado en la religión, a la concepción de la fecundidad, a la construcción de la identidad y del status social, al modo económico familiar, al cumplimiento de las normas y valores del sistema de creencias y a la reproducción del grupo social y de su orden. Estos aspectos generales, se emplazan de distintas formas en la vida cotidiana de las personas, y no parecen estar sujetos a lógicas macroeconómicas estocásticas basadas en conjeturas y proyecciones técnicas elaboradas desde arriba.

Servicios públicos de planificación familiar en Níger

El sistema de salud de Níger, tanto en el plano administrativo como en el de la oferta de la planificación familiar propiamente dicha, se conforma en una arquitectura piramidal jerarquizada en tres niveles²². La oferta sanitaria, está integrada, en un nivel superior, por los Hospitales Nacionales (6), una Maternidad nacional de referencia y los centros nacionales de referencia; por un nivel intermedio, representado por los siete Centros Hospitalarios Regionales (CHR), los siete Centros de Salud Materno Infantil (CSME), las policlínicas y las clínicas privadas y, por último, un nivel operativo, representado por el distrito sanitario (72) con su red de establecimientos de salud, conformada por los (36) Hospitales de Distrito (HD), su red de (1194) *Centres de Santé Intégrés* (CSI) que vertebra el sistema asistencial, las (2320) *Cases de Santé* (CS) adscritas técnicamente a esos CSI y los *cabinet de soins privé* (Système National d'information sanitaire, 2021, p. 1).

En estas estructuras sanitarias los métodos modernos de planificación familiar disponibles son gratuitos. No obstante, aunque más de ocho mujeres de cada diez obtienen su método contraceptivo moderno en el sector público, una pequeña proporción acude al sector médico privado (5, 4%), y existe asimismo un porcentaje del total de mujeres (7%) que accede por otros medios, entre los cuales el más frecuente (4, 1%) es la compra a vendedores ambulantes en las denominadas popularmente como

²² Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales du Niger: <https://www.sante.gouvne.org/lorgani-gramme-du-ministere/>

*“pharmacie par terre”*²³ (INS, 2013, p. 72).

El sistema público brinda un deficiente acceso a estos servicios y a una atención de calidad debido, entre otros factores, a la escasa cobertura, y el desabastecimiento frecuente de medicamentos esenciales. Esta situación contribuye a que un bajo porcentaje de las mujeres nigerinas den a luz asistidas por personal cualificado y a que pocas reciban información sobre planificación familiar durante el contacto con un proveedor de servicios de salud. En ese contexto de precariedad del propio sistema los profesionales sanitarios deben hacer frente a numerosas dificultades.

El problema más importante con el que nos enfrentamos en las casas de salud es con el frecuente desabastecimiento de los productos contraceptivos. Si una mujer viene desde muy lejos, por ejemplo, a que le inyectemos Depo-Provera cada tres meses para no quedarse de nuevo embarazada y aquí no nos han llegado aún, la mujer se desmota y será difícil que vuelva (sanitario centro salud rural Maradi _ 10.10.2018).

El aprovisionamiento de contraceptivos modernos al sistema sanitario, aunque centralizado, es asumido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP, por sus siglas en francés). No obstante, las fallas en el sistema de suministro nacional causan frecuentemente desabastecimientos que persisten en el nivel de la cadena de aprovisionamiento. De este modo y de manera general, el financiamiento de la planificación familiar y particularmente el suministro de productos contraceptivos permanece dependiente de los socios técnicos y financieros (Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2021, p. 35), es decir de la financiación extranjera.

Si el acceso y la disponibilidad de estos métodos, en uno u otro nivel, no queda absolutamente asegurado por las fallas del sistema sanitario, parece lógico que las interacciones con el sistema privado a título lucrativo acaben presentándose como necesarias. El gobierno apunta ya a la: “necesidad de involucrar más al sector privado de la salud en el suministro de productos anticonceptivos modernos a las mujeres” (Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2021, p. 25). Desde ese prisma, el hasta ahora fallido control demográfico medicalizado en Níger tendría mucho que ver con lo que Harcourt (2011) describe como el fracaso en doblegar los enfoques neoliberales mercantilistas que han imposibilitado económicamente los intentos reales de que el programa de salud y derechos reproductivos y sexuales diesen un salto significativo de la retórica a las políticas para dar respuesta a las necesidades en asistencia sanitaria primaria integral (p, 79)²⁴.

El control y valor de la fecundidad en el contexto local.

Las mujeres de las aldeas rurales, y también, aunque en menor medida, las mujeres de entorno urbano a las que entrevisté, frecuentemente hablaban del deseo de tener una amplia descendencia. “Me gustaría tener muchos hijos, pero es el Gran Dios quien decide. Es una elección que pertenece a Allah” era un comentario generalizado en los relatos de estas mujeres. Por el contrario, manifestar el deseo de no tenerlos, se considera prácticamente un tabú. La fecundidad es un valor central dentro de la comunidad. Este hecho se fundamenta, en parte en un conjunto de ideas, referencias y principios sociales inspirados en la tradición y en la religión que, en esencia, se oponen por un lado a limitar la fecundidad a través de la planificación familiar, y por otro son útiles para la defensa de un proyecto demográfico propio del islam que es opuesto al discurso demográfico del desarrollo (Sounaye et. al, 2017, p. 46).

Se entiende así que las políticas de desarrollo en Níger, una de cuyas piedras angulares es la limitación de los nacimientos a través de la planificación familiar medicalizada, se haya granjeado la hostilidad

²³ Literalmente: “farmacia por tierra”, hace referencia a la venta informal (ambulante o en puestos más o menos móviles) de medicamentos de dudoso origen, pero a un precio asequible.

²⁴ Pese a todas las estrategias y esfuerzos, el Banco Mundial sitúa la tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos modernos en Níger en el 11 % en 2021 entre las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años, es decir en edad fértil. Este dato puesto en relación con los países de la región de África Occidental -o fronterizos con Níger- sólo es inferior en el caso del Chad y se sitúa alejado del 32% de Burkina Faso, país limítrofe que tiene la tasa más alta en la región. Desde el punto de vista de control poblacional, y a la luz de los datos estadísticos de natalidad, fertilidad y crecimiento demográfico esta tasa puede parecer a los organismos implicados sin duda baja.

de una gran parte de la población. Es como si la voluntad política del control natal discurriera, para las instituciones que implementan programas y proyectos de desarrollo en el país, por un camino divergente al de la realidad social ampliamente rural y mahometana. Este hecho explicaría la ambivalencia y el doble discurso de las élites políticas donde por un lado, como señalan Diarra y Olivier de Sardan (2019, párr.34), obtienen importante financiación asociada a ese control, reproduciendo el discurso antinatalista del desarrollo ante sus socios extranjeros y, por el otro, dado que resulta importante no escandalizar a la población mayoritariamente rural e islámica, al hablar públicamente en las lenguas nacionales evitan cuidadosamente cualquier discurso antinatalista o hacer declaraciones explícitas a favor del control de la natalidad (Diarra y Olivier de Sardan, 2019, párr. 35).

No obstante, a pesar del deseo de tener una amplia prole que deja a la voluntad divina el número concreto de hijos, tampoco existe un rechazo frontal entre las mujeres pobres y rurales hausa a los métodos de planificación familiar que se ligan a otros objetivos. Existe la idea frecuentemente evocada de la necesidad del “reposo” (*hutu mara*) de la mujer antes de un nuevo embarazo. Las alusiones son abundantes:

Hay que entender que el útero de la mujer es como la ropa. Si lavas la ropa con regularidad, se estropea con facilidad porque también se desgasta. Así es con las mujeres. Si el útero de la mujer alberga muchos embarazos, se cansa y la mujer luego no tendrá fuerzas para seguir llevando a su hijo por mucho tiempo dentro. Donde el niño descansa antes de venir al mundo, hay que tener cuidado con eso (mujer T_aldea Maradi_26.06.2018).

Realmente el descanso es muy importante para las mujeres. La mujer está descansando y se está poniendo muy fuerte antes de otro embarazo. También durante el parto, la mujer necesita mucha fuerza. Pero si da a luz con regularidad, no tendrá la fuerza suficiente para dar a luz. Ella sufrirá mucho (mujer H_ aldea Maradi_18.09.2017).

Esta necesidad de espaciar el tiempo entre los nacimientos para dar descanso al propio cuerpo antes de un nuevo embarazo, que en el lenguaje biomédico implica aumentar los intervalos genésicos, es esencial para comprender la motivación que las mujeres hausa tienen para el uso de contraceptivos modernos y vernáculos, pero no es la única.

Una segunda razón aducida es la necesidad de mantener la capacidad productiva de la mujer. En el ámbito doméstico es esencial que la mujer realice una serie de tareas atribuidas en virtud de su género como recoger la leña, moler el mijo, ir al pozo en busca de agua, etc. Para ello es necesario establecer vínculos entre los hermanos para que el más pequeño de ellos no quede absolutamente desatendido o sin vigilancia. Por tanto, esa voluntad de espaciar los nacimientos implica no tan solo un sentido práctico para que no concurren en la casa dos niños tan pequeños que reclamen toda la atención, sino una responsabilidad compartida del cuidado que se extiende a los hijos mayores sobre los más pequeños de la familia:

Que mi hijo crezca primero antes de tener otro embarazo. Ahora tiene 1 año 3 meses. Me lo quitaré [el método contraceptivo] en dos o tres años. Debe ser capaz de tomar y sostener a su hermano pequeño (mujer Z_aldea Maradi_02.08.2017).

El destete precoz de los niños lactantes es otra de las prácticas que desde la biomedicina se presenta como un riesgo para la salud de los recién nacidos. En la costumbre local lo recomendable es no destetar hasta aproximadamente los dos años al recién nacido. No obstante, la interrupción temprana del amamantado del hijo ya nacido puede producirse entre las mujeres hausa de la región de Maradi frecuentemente cuando se produce un nuevo embarazo. No dar el pecho durante un nuevo embarazo se debe a que se considera que el bebé que sigue amamantando está de alguna manera privando del alimento a su sucesor, al feto. Así, si los embarazos son muy próximos en el tiempo se propicia un destete abrupto del niño lactante y, además, si este hecho se produjese (que el pequeño siguiera mamando durante un nuevo

embarazo), el nuevo bebé podría nacer muerto, idea que proviene de la consideración de que cada embarazo genera una nueva leche destinada a un nuevo bebe. De este modo, espaciar los nacimientos a través de la contracepción es un ejercicio de responsabilidad maternal que tiene como fin preservar la vida del niño que va a nacer y simultáneamente mantener sano al hijo ya nacido que todavía no ha sido destetado. A propósito de su periodo tomando anticonceptivos (implante hormonal) para espaciar sus embarazos S. afirma:

Me fue útil porque mi hijo ha crecido bien y goza de buena salud. No bebió la leche de su hermano pequeño (ya sha kanen shi). Y yo también tendré más fuerzas para parir sin problemas y si Dios quiere. Después, podrá llevar a su hermanito (mujer S_aldea Maradi_26.06.2018).

Estas prácticas de las mujeres apelan a un determinado sentido de equilibrio y de bienestar familiar y cuestionan e interpelan la idea de irresponsabilidad que, desde el discurso político construido al amparo y bajo el armazón ideológico de las instituciones de desarrollo, se imputa a las madres y a las familias nigerinas. Una mujer joven lo expresa claramente:

Si se tienen demasiados hijos el peso de la familia va a pesar también en las personas (Guida sai ya danné mutum) con niños así por todas partes. Alguien puede tener hijos y no ser capaz de mantenerlos. Es un problema. Tienes hijos y ni siquiera puedes cuidarlos. No puedes satisfacer sus necesidades. Hay un problema, ¿no? Hay que tener en cuenta su alimentación y sus otras necesidades (mujer R_aldea Maradi_1.08.2017).

En mi experiencia, como coordinador de intervenciones en salud reproductiva las mujeres adultas nigerinas del entorno urbano y rural conocen al menos un método de planificación moderna²⁵ y los utilizan a su conveniencia, como en cualquier otro lugar donde la oferta sanitaria pretenda estar adaptada a los derechos humanos y reproductivos. Lo que al parecer ocurre es que ciertamente ignoran la lógica macroeconómica liberal que determina el tamaño del conjunto de la población que en un estado bajo régimen de ayuda internacional se presenta como sostenible o adecuado para su desarrollo. Hecho que se concreta en el tamaño que deberían tener sus propias familias, siguiendo el modelo de familia nuclear, moderna y occidental, muy distante de la familia extensa nigerina que, aunque mayoritariamente monógama (64%), también es frecuentemente polígama (36%) (INS, 2013, p. 83). Por otra parte:

Si una mujer no puede darle hijos a su marido es posible que sea repudiada o pronto será divorciada y tendrá que volver a casa de sus parientes (mujer N_aldea Maradi_06.08.2017).

Con el fin de construir lo que es requerido para producir cuerpos reproductores sanos, capacitados y modernos (Harcourt, 2011, p. 87), y mediante la implantación de las prácticas biomédicas se excluyen las prácticas locales y los problemas percibidos como reales por la población en torno a la fecundidad. Focalizarse prioritariamente en la reducción de la fecundidad, como hacen las instituciones y organismos internacionales, alimenta el rechazo popular a una política de gestión de la fertilidad basada fundamentalmente en los mandatos occidentales y que desatiende, en lo esencial, las necesidades expresadas por una parte de la población (Diarra y Olivier de Sardan, 2019). Para casi una cuarta parte de las mujeres nigerinas casadas, la infertilidad primaria o secundaria es un problema importante que apenas se tiene en cuenta por no ser una prioridad de los socios técnicos y financieros (Sounaye et. al, 2017, p. 24).

Una natalidad desbocada, ¿para quién?

De manera general, en este texto he tratado de mostrar la construcción y el encaje del control demográfico en Níger en el discurso político frente a las prácticas y las concepciones locales de la población hausa de Maradí y Niamey, en Níger. Al problematizar ese control se pueden exponer algunas

²⁵ 97, 5% y 87, 9% respectivamente según datos de la más reciente Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INS, 2013, p. 66).

conclusiones.

Las representaciones inherentes en el discurso político contradicen la visión de una planificación familiar cuyo principal y único objetivo es la lucha por los derechos reproductivos y lucha contra la mortalidad maternal. Se diría que una vez instrumentalizada lo que se persigue son las prioridades de los países europeos que la financian. Y estas son ahora, en términos de ayuda a los países africanos, convergentes y claramente definidas: la lucha contra la inseguridad, contra la migración y contra el exceso de natalidad (Diarra y Olivier de Sardan, 2019, párr.5). Este punto implicaría que el control demográfico que el discurso occidental desarrollista presenta como un medio para el desarrollo humano es, de facto, un fin político.

Los programas verticales de planificación familiar tienen dos objetivos: facilitar el desarrollo económico al disminuir los índices de natalidad, y servir como un medio para el cambio cultural. Un cambio cultural que parafraseando a Dean (2015, p. 28), engloba la idea de que las subjetividades de la gente en países menos desarrollados necesitan ser desarraigadas de la costumbre y la tradición para que ellos puedan ser capaces de tomar sus propias decisiones sobre el tamaño de sus familias, a través de la elección autónoma de los sujetos, pero con la condición de que, en primer lugar, deben aprender cómo ejercitar tal libertad. Se suscita de este modo entre la población nigerina una oposición social a la planificación familiar que busca controlar la natalidad, adecuar la talla de las familias a lo moderno y a la lógica demográfica occidental que la sostiene, yendo así en perjuicio de los beneficios reales de la propia política sanitaria.

En las sociedades en las cuales la economía se caracteriza por una agricultura de subsistencia, la población mantiene la preferencia por una alta fecundidad, no tratándose de tener el mayor número de hijos posible sino el mayor número de hijos que sobrevivan (Locoh, 1984). Afirmar que la conducta reproductora de los pobres es en buena parte irracional supone no poner en valor las representaciones locales en la toma de las decisiones reproductivas. Se contribuye así a silenciar las necesidades reales de las mujeres permitiendo además que el diagnóstico explicativo y la acción pública para el desarrollo en Níger pueda pasar sin apenas detenerse en los elementos políticos y estructurales que tienen que ver con la desigualdad en el reparto de riqueza, sean en su escala nacional, global o de género. Negando los derechos de la gran mayoría de las mujeres a acceder a los recursos, que es el factor determinante básico de la salud, se obvía también que incluso los más costosos programas de planificación familiar no muestran resultados perceptibles a menos que la población objetivo ya se haya beneficiado del desarrollo (Duden, 2022, p. 290).

Para la gubernamentalidad, fundar sus intereses en materia de población en aspectos que tienen que ver con la fecundidad, supone su incrustación en lo más íntimo de la esfera privada de las personas. Para los investigadores sociales, la comprensión de los fenómenos de género, pobreza, población y salud en el país y la aproximación a las dinámicas de cambio social declinadas del encuentro entre lo local y la industria del desarrollo²⁶ ponen de relieve, como hemos visto, que en ese encuentro no es infrecuente que lo primero quede soslayado por lo segundo. Ocurre así y por ende que, en el ámbito más amplio de lo político, el establecimiento de objetivos comunes para las naciones pobres establecidos desde el año 2000 por las instituciones de desarrollo con el liderazgo del Banco Mundial (Sarr, 2018, p. 116), se pueda interpretar como una indisimulada apropiación teleológica del futuro de esos países.

Bibliografía

- Agence Nigérienne de Presse. (2022, enero 25). Niger : 99 milliards de CFA, dont 2 dans la lutte contre la covid-19, investis dans le pays en 2020 par les ONG et associations de développement. (Ministère) <http://www.anp.ne/article/niger-99-milliards-de-cfa-dont-2-dans-la-lutte-contre-la-covid-19-investis-dans-le-pays-en>
- Aznar, J. (2012). Argumentos de Bioética en el islam: aborto, planificación familiar e inseminación artificial (Elisabetta Necco). *Revista de Bioética y Derecho*, (25), 85-88.
- Dean, M. (2015). The Malthus Effect: population and the liberal government of life. *Economy and Society*, 44: 1, pp. 18-39. <https://doi.org/10.1080/03085147.2014.983832>
- Diarra, A., Olivier de Sardan, J.P. (2019, 29 de noviembre). La « bombe démographique » en Afrique : pas si simple. *AOC*. <https://aoc.media/analyse/2019/11/28/la-bombe-demographique-en-afrique-pas-si-simple/>

²⁶ Notable es en ese sentido la aportación en el contexto nigerino del *Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local* (LASDEL).

- Duden, B. (2022). Población. En W. Sachs, (Ed.). *Diccionario del Desarrollo. Una guía del conocimiento como poder.* (pp. 278-295). El Pez volador.
- Egil, F. (2005). Les éléphants de papier. Réflexions impies pour le V^e anniversaire des Objectifs de développement du millénaire, *Politique africaine*, n° 99, pp. 97-115.
- Escobar, A. (1996). *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo.* Editorial Norma.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Edición 20 Aniversario. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
- Foucault, M. (2000). *Defender La Sociedad: Curso en El Collège De France 1975-1976.* Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Gervais, M. (1993). Étude de la pratique des ajustements au Niger et au Rwanda. *Labour, Capital and Society / Travail, Capital et Société*, 26(1), 20–41.
- Gimeno, J.C y Monreal, P. (1999). *La controversia del desarrollo. Criticas desde la antropología* (J.C. Gimeno y P. Monreal, Ed.). Los libros de la Catarata.
- Grosfoguel, R. (2012). Islamofobia epistémica y ciencias sociales coloniales. En G. Martín y R. Grosfoguel (Eds.) *La islamofobia a debate La genealogía del miedo al islam y la construcción de los discursos antiislámicos* (pp. 47-60). Casa Árabe-IEAM.
- Harcourt, W. (2011). *Desarrollo y políticas corporales. Debates críticos en género y desarrollo.* Barcelona. Edicions Bellaterra.
- Hobart, M. (2012). Introducción: ¿el crecimiento de la ignorancia? En: B. Pérez Galán (Ed.), *Antropología y Desarrollo. Discurso, prácticas y actores.* Los Libros de la Catarata.
- Institut National de la Statistique (INS), République du Niger (2013). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV)2012. <https://www.undp.org/fr/niger/publications/enqu%C3%AAted%C3%A9mographique-et-de-sant%C3%A9-et-%C3%A0-indicateurs-multiples-edsn-mics-iv-2012>
- Lavigne, P. (2013). "Déclaration de Paris" et dépendance à l'aide : éclairages nigériens. *Politique africaine*, Karthala, pp. 135-155. <https://doi.org/10.3917/polaf.129.0135>
- Locoh, T. (1984). Fécondité et famille en Afrique de L'Ouest. Le Togo méridional contemporain. Travaux et documents, Cahier n°107, Editions de L'INED.
- Malthus, T. (2016). *Primer Ensayo sobre la población.* Alianza.
- Ministère de la Population, République du Niger (2019). Politique nationale de population 2019-2035 : une parenté responsable avec des enfants bien portants, une jeunesse bien formée pour un Niger prospère. <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/238/Doc-20191217-095701.pdf>
- Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires sociales (2021). Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2021-2025 du Niger. http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/18577-19010_PANBNiger.pdf
- Ministère du Plan, République du Niger (2017a). Niger 2035 : Un pays et un peuple prospères. Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive. Tome II : Scénarii, Vision et Orientations Stratégiques. http://www.plan.gouv.ne/uploads/documents/SDDCI_TOME_2.pdf
- Ministère du Plan, République du Niger (2017b). Plan de Développement Economique et Social 2017-2021 : Un Niger renaissant pour un peuple prospère. <http://www.plan.gouv.ne/documentation.php>
- Ministère du Plan, République du Niger (2022). Plan de Développement Economique et Social (PDES)2022-2026. Vol. III. Plan d'actions prioritaires et cadre de mesure des résultats. <http://www.finances.gouv.ne/index.php/actualites/publications-du-ministere/file/892-pdes-volume-iii-plan-d-actions-prioritaires-et-cadre-de-mesure-des-resultats>
- OECD (2005). Declaración de Paris sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de Accra. <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>
- Ogbuewu, I. P. , Odoemenam, V. U., Obikaonu, H. O., Opara, M. N., Emenalom, O. O., Uchegbu, M. C., Okoli, I. C., Esonu, B. O., & Iloeje, M. U. (2011). The Growing Importance of Neem (*Azadirachta indica* A. Juss). Agriculture, Industry, Medicine and Environment: A Review. *Research Journal of Medicinal Plant*, 5(3), 230–245. <https://doi.org/10.3923/rjmp.2011.230.245>
- Olivier de Sardan., J.P. (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social.* Karthala.
- ONU: "Resolución A/RES/55/2 Declaración del Milenio", 13 de septiembre de 2000. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/55/2>
- ONU: "Resolución A/RES/70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", 25 de noviembre de 2015. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico:*

- sinopsis. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42465>
- Pazos, A. (2015). *Conceptos clave de antropología médica en Terapia Ocupacional*. Editorial Síntesis.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1990). *Desarrollo Humano Informe 1990*. Bogotá (Colombia): Tercer Mundo editores. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1990escompletonostatspdf.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2020). *Informe sobre Desarrollo Humano 2020: La próxima frontera: el desarrollo humano y el Antropoceno*. Nueva York. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2020espdf.pdf>
- Quiñones, Rolando (1994). La transición demográfica: reivindicación vs teoría alternativa. *Papeles de Población*, mayo-junio, número 003 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México pp. 3-12. https://www.researchgate.net/publication/26462255_La_transicion_demografica_reivindicacion_vs_teor%C3%ADa_alternativa/link/02a047b70cf2f5c177d34c73/download
- Rodríguez-Piñero, L. (2000). Del partido único al “buen gobierno”: el contexto internacional de los procesos de democratización en el África subsahariana después de la Guerra Fría. En F.J Peñas, (Ed.), *África en el sistema internacional. Cinco siglos de Frontera*. (pp. 209-264). Los Libros de la Catarata.
- Sachs, W. (2022). *Diccionario del Desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*. El Pez volador.
- Sarr, F. (2018). *Afrotopía*. Los Libros de la Catarata.
- Scheper-Hughes, N. (2000). Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En A. Viola (Comp.), *Antropología del desarrollo. Teorías y estudios etnográficos en América Latina*. (pp. 267-299). Paidós.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. M. (1987). The Mindful Body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. (1), 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Scheper-Hugues, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona, Ariel.
- Sounaye, A., Diarra, A., Younoussi, I. (2017). Genre et Population Étude socio-anthropologique sur les déterminants des politiques de population au Niger. Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local, *Etudes et Travaux n° 123*. https://www.lasdel.net/images/123_sounaye_aissa_genre_.pdf
- Structure Chargée de la Coordination de la Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle. Gouvernement de la République du Niger (2017). Politique Nationale de sécurité nutritionnelle au Niger (2017-2025). <https://pnin-niger.org/pnin-doc/web/uploads/documents/41/Doc-20191009-093057.pdf>
- Système National d'information sanitaire, Ministère de la Santé Publique, République du Niger (2021). *Annuaire des statistiques sanitaires Niger, 2020*. http://37.187.225.135/snis/annuaire/Annuaire_Statistiques_2020.pdf
- Szreter, S. (1993). The Idea of Demographic Transition and the Study of Fertility Change: A Critical Intellectual History. *Population and Development Review*, 19(4), 659-701 <https://doi.org/10.2307/2938410>
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder, feminismos*. Ediciones Cátedra.
- Viola, A. (2000). *Antropología del desarrollo. Teorías y estudios etnográficos en América Latina*. Paidós.
- Wichterich, C. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos, Un ensayo de Christa Wichterich*. Fundación Heinrich Böll. <https://cl.boell.org/es/2016/10/19/derechos-sexuales-y-reproductivos-un-ensayo-de-christa-wichterich>