

Seminario Nacional sobre  
**Políticas Sociales, Sexualidad y Salud Reproductiva**

911  
44,

27,34  
K91

GINZIK) 6'77,4170  
' tziv.

21:

004286

SALUD REPRODUCTIVA:  
DEL PAPEL A LA REALIDAD

por Arnoldo Kraus

El Colegio de México  
México, D.F., noviembre 20 y 21, 1996

## Salud Reproductiva: Del papel a la realidad Arnoldo Kraus

Al hablar de salud reproductiva, hacia el final del segundo milenio, sería deseable que se entendiese, sin demasiadas explicaciones, que el concepto debería abarcar por igual a hombres y mujeres. Después de todo, la reproducción es encuentro de dos -la pareja- y, compromiso también de dos, pareja y nación. De hecho, si nos atenemos a la definición del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (1), se lee que el "concepto integral de salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos".

Del concepto anterior, he subrayado las palabras integral, individuo-pareja y libertad, todas en consonancia con el universo de la salud reproductiva. Estos términos, aunados a impostergables como el papel de las Organizaciones No Gubernamentales, el acceso a los sistemas de salud y el papel educativo y formativo de los prestadores de servicios de salud, serán el eje de las reflexiones aquí escritas.

Cuando la cavilación acerca del binomio salud reproductiva y políticas sociales emerge desde las tribunas de países tan desvalijados como el nuestro, es menester contextualizar toda discusión bajo la óptica de la realidad económica y de las enormes diferencias intergenéricas. Ambas, dolorosas e inevitables cotidianidades, cuyas presencias deben ser confrontadas si se pretende avanzar en el espacio de la salud reproductiva. Así, las diferencias de género son especialmente significativas para las mujeres, pues el pulso de los tiempos ha condicionado una serie de fenómenos secundarios dentro de los que sobresalen la discriminación y la inequidad. En ese tamiz, lo anterior conlleva un sinnúmero de sinsabores, no sólo para la mujer, sino para la salud reproductiva: menor educación, menor participación en la toma de decisiones en cuanto al propio cuerpo, y, por extensión, al número y tiempo de procrear; asimismo, son patentes el magro valor de la opinión y niveles de subordinación variables que en ocasiones pueden llegar hasta el silencio. Aún cuando tales desaguisados no son enfermedad exclusiva de países pobres como el nuestro, es indiscutible, que la miseria ancestral ha sumido a las mujeres en un submundo donde sus deseos se valoran poco o nada. Es, a la vez, nobjetable, que la amnesia política de nuestra nación y la falta de educación han caminado en forma paralela a las diferencias entre uno y otro sexo; difícil sería rebatir que las oportunidades "del mercado" -y de la vida misma- son enjutas para las mujeres cuando se les compara con el sexo opuesto.

Sustento mis argumentos con algunos ejemplos extraídos del propio Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 - 2000, de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica y de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (2-4). Se observa, por ejemplo, que en las comunidades menores de 2,500 habitantes, la edad media de la primera unión de las mujeres es de 17.9 años en contraposición a 19.9 años en poblaciones que tienen 100,000 o más habitantes. A pesar de no haber suficientes datos, es muy probable que los matrimonios entre parejas jóvenes se dan con mayor frecuencia en casas de escasos recursos económicos. Asimismo, se comenta que la mortalidad materna para las mujeres menores de 20 años es 6% mayor que la correspondiente al grupo de mujeres de 20 a 24 años y que la frecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida se ha incrementado particularmente en las mujeres entre 20 y 29 años, lo que, leído de acuerdo a los expertos en epidemiología, implica "una importante" exposición al virus durante la adolescencia. Inevitable es también señalar que en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (1994), la frecuencia de revisiones prenatales acorde con el grado de escolaridad demostró diferencias dramáticas: cerca del 60% de las madres embarazadas sin escolaridad, no fueron nunca revisadas o acudieron solamente entre 1 y 3 veces al facultativo, mientras que las que habían finalizado por lo menos secundaria, lo anterior aconteció sólo en el 12% de los casos. Desaguisados igualmente alarmantes, son el incremento en los últimos años en la mortalidad por cáncer cervico uterino de mama (5).

Es necesario también subrayar que a pesar que ha disminuído en forma considerable la tasa de mortalidad materna por razones imputables a la procreación, en el propio Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 - 2000, se comenta que la tasa de mortalidad materna es mayor que la informada, debido a un subregistro no cuantificable de decesos maternos. En este apartado, es inevitable dedicar algunos renglones al problema del aborto.

Es bien sabido, que un porcentaje elevado -imposible cualquier estimación numérica- de embarazos en la adolescencia no son planeados, y, por extensión, no deseados. Donde campea la desinformación, como sucede en extensos sectores de nuestra población, lo anterior es tan cierto como trágico: los fallecimientos y las complicaciones sanitarias por embarazos no programados y abortos tratados inadecuadamente son "muy comunes". La muerte perinatal resume la miseria existencial: mujeres abandonadas y olvidadas son fácil presa de todo tipo de inequidades.

Señalo que buena parte de estas mujeres son solteras -nuevamente no hay datos precisos- y en no pocas ocasiones, duele decirlo, el embarazo sobreviene recién iniciada la vida sexual. Asimismo, existe la impresión, que la mayoría de estos embarazos suceden en los estratos más desprotegidos, tanto económica como culturalmente. Huelga decir que el problema es de magnitudes enormes. ¿Con quién compartir el embrollo?, ¿a quién recurrir?, ¿proseguir, o no, un embarazo no deseado? Así, a la vez que acepto carecer de datos científicamente comprobables, cuestiono mucho la veracidad de las cifras oficiales y no oficiales en relación al número de abortos: hace poco escuchamos que aproximadamente se llevan a cabo 500,000 abortos voluntarios por embarazos no deseados. Pregunto, ¿son veraces esos datos? Respeto el esfuerzo de quienes elaboraron esa investigación, pero reto el rigor de sus resultados. Son dos las razones que dan fuerza a mis ideas: ni los médicos que practican el aborto, ni las mujeres que lo solicitan, dan fe de sus actos. Queda, en cambio, infranqueable, el abismo: el aborto como prueba de supervivencia.

La interrupción del embarazo por decisión de la madre, puede y debe tener otras caras. Sobre todo, porque los problemas emanados por los mal llamados abortos "clandestinos" son sumamente delicados: implican, con frecuencia, la muerte de la madre y la consecuente orfandad de los vástagos previos. Puede, también ser fuente de nuevos niños de la calle y de mas hogares incompletos, yermos. Por tales motivos, abro un pequeño espacio para cavilar someramente sobre las denotaciones del término aborto "clandestino".

He entrecomillado la palabra clandestino. Lo hago porque así lo he leído. Las comillas, en este sentido, engañan a la sociedad y a la comunidad médica: no a la madre. Las comillas también pueden ser una forma de protesta por la ausencia de definición e indicaciones precisas en relación al aborto en la *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, o bien, al hecho de que las madres que abortan en forma voluntaria, reciben, inexplicablemente, menos orientación en los rubros de anticoncepción que las madres que sí finalizan sus embarazos. Enfatizo, que al hablar de salud reproductiva, lo clandestino, no nace clandestino: se convierte en supuesto acto delictivo por normas decimonónicas y en actos amorales por visiones sesgadas, oscurantistas (6,7).

¿Quién aborta? El perfil de este grupo es polifacético y tan inútil como imposible conceptualizarlo dentro de los quehaceres de la normatividad médica. Tampoco corresponde confrontar y mucho menos juzgar a las madres que lo hacen, aunque, sí debe subrayarse, que la ausencia del concepto de pareja en la mayoría de estas circunstancias es notorio. Lo que en cambio es contundente, es que la decisión de abortar es extrema, lacerante y dolorosa, nunca por gusto: es el último recurso para salvaguardar la idea personal de salud reproductiva tal y como lo concibe el programa de marras. En suma, quien aborta, busca resarcir la imagen de mujer digna, de mujer entera, de ente autónomo.

Al hablar de embarazos no deseados, las normas vigentes de nuestro sistema de salud deben modificarse. Proteger, ayudar y orientar a quien "por error" quedo preñada debería ser acción de los prestadores de salud, tanto a nivel público como privado. De hecho, no se habla siquiera de benevolencia, sino de corresponsabilidad entre mujer y Estado. Después de todo, el beneficio sería universal: morirían o enfermarían menos madres por realizar estos procedimientos en situaciones insalubres y en no pocas ocasiones, en condiciones infrahumanas; de igual forma, los recursos médicos no tendrían que dilapidarse, para curar a quien se sometió a procedimientos arcaicos. Dado que carecemos de datos fidedignos a nivel nacional acerca de la magnitud de los problemas derivados del aborto, algunas citas de la experiencia mundial pueden ser orientadoras. Primero, al menos 200,000 mujeres mueren cada año al ser sujetas a manejos inadecuados; se calcula también que el número de mujeres que sufren daños físicos y mentales después de terminaciones de embarazos por procedimientos mal hechos, es mucho mayor. De acuerdo al Instituto Alan Guttmacher, en 1987 se realizaron en el mundo entre 36 y 53 millones de abortos, de los cuales, aproximadamente 16 millones fueron ilegales (8). Se piensa, a la vez, que por cada dos o tres nacimientos, se practica un aborto.

Por otra parte, se sabe que la situación legal del aborto es el factor más importante como determinante del impacto de la salud de las mujeres. En los Estados Unidos, la legalización del aborto condujo a una disminución en la mortalidad de 30 a 5 por cada mil procedimientos realizados entre 1970 y 1976. Con las nuevas técnicas, la mortalidad es casi nula y se observan complicaciones tan sólo en el 0.7 de los casos (9).

Comento también que en América latina, las complicaciones derivadas de abortos ilegales son una de las causas principales de muertes en mujeres entre los 15 y 39 años. En el mismo contexto, se sabe que la tercera parte de las camas de los servicios de Ginecología y Obstetricia de los hospitales de nuestra América, están ocupadas por pacientes que sufren complicaciones por intervenciones inadecuadas; no sobra repetir, que además, la mitad de la sangre en muchos de esos nosocomios se utiliza en esas mujeres

(10). De ahí que sea oportuno recordar, que el dispendio económico empleado para salvar la vida de muchas mujeres englobe la polaridad de enorme y evitable. Agrego que quienes más padecen esta dolorosa realidad son, como siempre, los grupos vulnerables; mujeres adolescentes, "madres solteras", mujeres del campo, desempleadas, subempleadas o abandonadas. En ellas, la maternidad no deseada puede convertirse en sino infranqueable.

Al hablar de aborto, sería injusto ignorar que este problema es una de las metas primigenias del Programa de Salud Reproductiva (1). Cito: "Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad... (y) reducir el número de embarazos no deseados, no planeados, o de alto riesgo, contribuyendo a la prevención del aborto y a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal". Al respecto, la coyuntura es difícil y compleja. La Secretaría de Salud tiene que lidiar con una serie de atavismos culturales, morales, religiosos y económicos, si bien no infranqueables, sí infinitamente complejos. Sus ideas deben ser diseminadas en medio de la miseria, de índices elevados de analfabetismo, a comunidades pequeñas, desperdigadas y, en ocasiones, inaccesibles.

De acuerdo a la misma dependencia, las vías para lograr los objetivos anteriores serán, entre otros, por medio de la participación activa del varón en la planificación de la familia y su corresponsabilidad en las decisiones sexuales y reproductivas. Se pretende reforzar y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos, ampliando la cobertura y calidad de los servicios comunitarios de salud reproductiva y planificación familiar. La pregunta, la pregunta molesta pero inevitable a pesar de ser reiterativa, es saber si en medio de la enorme crisis financiera que nos ahoga, se lograrán tales propósitos. Mientras que la voluntad política no se haga tangible, todo lo anterior seguirá perteneciendo al mundo de lo onírico. Las viejas y reales nociones de "México, país de sexenios", debe sepultarse. El trabajo intersectorial, Secretaría de Salud vinculada con las Secretarías de Educación Pública, del Trabajo y de Hacienda es fundamental en el área de la salud reproductiva. En esta interacción, crítico sería coordinar la sabiduría y esfuerzos de diversos organismos no gubernamentales para construir y distribuir los flujos de información que satisfagan y respondan a todos los implicados. Estos últimos, son quienes más conocen las necesidades de los grupos vulnerables previamente señalados.

De acuerdo a Salles y Tuirán (11), "los contenidos principales del enfoque de la salud reproductiva son: reconocer el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectivamente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción". Tales argumentos encuentran fundamento, tanto en la discusión nacional como en la mundial. Dentro de la perspectiva de nuestro país, en el artículo 4o. de la Constitución se establece, a partir de 1974, que toda persona tiene el derecho a decidir libre, responsable e informadamente sobre el número y esparcimiento de los hijos. Asimismo, se propone igualdad entre varón y mujer ante la ley y el derecho a la protección a la salud. A nivel mundial, basta citar la Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Teherán, 1968) en la cual se consideró, como derecho humano, la capacidad de decidir en el ámbito de la reproducción. Los argumentos previos, sirven, en el complejo tinglado nacional, para enriquecer este debate. Contradecir a Salles y Tuirán es imposible. Afirmar que en México caminamos por esas vías es igualmente erróneo. Alcanzar el objetivo de una "fecundidad segura" debería dejar el espacio de la entelequia.

Como comenté al inicio de esta exposición, las diferencias de género implican inequidad y discriminación para la mujer (12). Al respecto, Lamas (13) comenta: "El feminismo estalló a partir de la interpretación que se hacía de la diferencia entre los cuerpos de los hombres y los de las mujeres: puesto que tenían anatomías distintas, sus capacidades intelectuales y sus papeles sociales también habían de diferir; así, se aceptaba que las mujeres no tuvieran los mismos derechos ni las mismas opciones de vida que los

hombres". En la perspectiva actual, tal lectura puede reinterpretarse, añadiendo otros avatares, que sin duda entorpecen también el desarrollo ideal de la salud reproductiva. Acudo a la profesora Doyal (12). Acorde con sus observaciones, aplicables en cualquier nación, la discriminación hacia la mujer en el ámbito de lo material es un fenómeno universal. Lo anterior, se documenta tanto por jornadas de trabajo más extensas que las de los hombres, menos remuneradas y con menor representatividad en las esferas del poder y de la política. Las secuelas son predecibles: las dificultades económicas implican menos posibilidades de tener acceso a sistemas de salud dignos y, a la vez, conlleva devaluación cultural. Dichos breves se identifican fácilmente en nuestro medio. Así, de acuerdo a diversos trabajos realizados en México (14,15), las cargas de trabajo de las mujeres en edad reproductiva son mayores que las de otros miembros del hogar, con efectos negativos mensurables en su estado nutricional y en sus capacidades físicas e intelectuales. Entre signos de interrogación encierro el comentario obligado, ¿es ético permanecer en silencio ante la infinidad de problemas en la esfera de la salud reproductiva? (16).

Tales desigualdades han sido también comentadas por las propias autoridades de salud, quienes consideran que "la diferente valoración social de lo femenino y lo masculino, y la división sexual del trabajo, determinan inequidades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferencias en el acceso a los recursos, la información y prestación de servicios, en el grado de autonomía que cada uno(a) tiene, en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad y en la valoración de retribución social de su trabajo, lo que a su vez se traduce, de diferentes maneras en la salud reproductiva de la población con especiales desventajas para las mujeres".

Estas afirmaciones, bajo la óptica de la salud en general, y de la salud reproductiva en particular, condiciona diferentes grados de subordinación de la mujer hacia el hombre, y que, lamentablemente, se manifiestan también en la relación entre las pacientes y los prestadores de servicios médicos. Por ende, es lícito afirmar que en México, la relación entre enfermas y galenos y/o prestadores de servicio, es "demasiado" vertical, por lo que el diálogo es casi ausente; de ahí que, en forma equívoca, las indicaciones del profesionista deban seguirse sin mayor o nulo cuestionamiento. El resultado es desconfianza, falta de apego y, finalmente, menor atención médica oportuna y/o preventiva.

Toda aproximación a los problemas de la salud reproductiva debe identificar los diferentes estratos en donde se generan tanto los conflictos como las posibles soluciones de los tropiezos. De acuerdo con Juan Guillermo Figueroa (17), son cuatro los personajes implicados en esta dinámica. El primero, es la *población* que se supone beneficiaria de las acciones de las políticas de población, salud y planificación familiar. La segunda instancia son los *políticos -y políticas-* de la población y la planificación familiar, quienes a partir de sus conocimientos de la población deben proponer medidas para regular racionalmente el ejercicio de la reproducción. El tercer actor lo conforman los *prestadores de servicio*, quienes funcionan como intermediarios e interpretadores de las dos poblaciones anteriores. El cuarto y último grupo, lo constituyen los *Investigadores sobre el tema*, quienes, desde otra perspectiva, tienen la capacidad de generar información útil.

Al foro propuesto por Figueroa puede asignarsele el atributo de obviedad: imposible negar que tal interacción es imprescindible. Sólo de la dinámica emanada entre población, políticos, médicos e investigadores podrán surgir soluciones. Sin embargo, el embrollo principal se lee y se vive reiteradamente en la realidad: no hay un equilibrio sano entre las partes aludidas. Aún cuando son múltiples e innumerables los desencuentros, los ilustro en el recuadro siguiente: la mayor parte de la población, aun aquellos que cuentan con alguna instancia de las denominadas de seguridad social, carecen de prestadores de servicios médicos que satisfagan sus perspectivas, sus ideas, con quienes se identifiquen y confíen por haber logrado fincar una relación médico-paciente idónea. A su vez, es muy probable que una porción no despreciable de trabajadores de la salud no se encuentren completamente satisfechos en sus sitios de adscripción por una caterva de razones que ahora no desgloso, pero, que sin duda entorpecen y menguan la calidad del trabajo. Otros ingredientes como las malas herencias políticas en materia de salud no pueden olvidarse. Dentro del complejo enramado propuesto por Figueroa, las deficiencias ancestrales tanto en salud como en salud reproductiva, indican que las políticas de los sexenios previos no han cumplido. A los datos previos, hay que sumar que los conocimientos generados desde el escritorio, por investigadores y filósofos sociales no siempre son aplicables: la pobreza de los enfermos y la pobreza de los servicios impiden acatar las propuestas de los investigadores.

Sería inadecuado finalizar esta lectura sin proponer ideas concretas y esperanzadoras. La noción ciclopea es que ninguna política será exitosa mientras no se comprenda que sexo y reproducción son,

fenómenos paralelos a igualdad y dignidad. No es posible concebir la idea de civilización sin salud reproductiva, adecuada, humanizada. Y, por añadidura, la responsabilidad en el terreno de la salud reproductiva implica coparticipación de mujer y hombre por igual (¿existe otra definición más sucinta de pareja?) bajo el abrazo de un sistema de salud eficaz. Si el problema es ingente, las soluciones lo son aún más: ¿cuánto tiempo podremos seguir navegando *contra natura*? En el texto *México Joven* (18) publicado en agosto de 1996 por la Universidad Nacional Autónoma de México, se afirma que en el año en curso, existen en nuestro país 26 millones de jóvenes entre los 15 y los 24 años. Tal texto, parafraseando a Emile Zola, podría intitularse también *J'accuse* (Yo acuso): en el campo de la salud reproductiva, la ineficacia y desmemoria gubernamental son la norma (19).

No dudo tampoco de las buenas intenciones esbozadas en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000; ahí se plasman muchas ideas y objetivos tendientes a equilibrar lo biológico y lo cultural con lo "real". La suma de esos postulados tienden a la educación, a la mejoría de los servicios de salud, a implementar la atención en las áreas rurales y a informar a la población adolescente acerca de sus responsabilidades. En el mismo orden, así como es inadecuado revivir el modelo malthusiano como solución a los problemas de sobrepoblación, es cimental e impostergable pasar de la letra al papel. Labor gigante, tengo que repetirlo, en las tierras de un país económicamente depauperado.

Si bien hay avances en la atención perinatal, en el cuidado de las adolescentes, en la lucha para controlar las enfermedades transmitidas sexualmente, en las campañas de detección de cáncer, etcétera, los logros distan mucho de ser satisfactorios. El tema de la salud reproductiva es tema de toda la nación. Es problema de México y no sólo de los sistemas de salud. En ese escenario, se juega el futuro del país, no del individuo ni de la pareja. No hay cabida ni tiempo para el maniqueísmo: los números aplastan toda demagogia.

Sugiero construir a partir de cinco puntos torales:

1. Facilitar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud.
2. Incrementar la participación de las Organizaciones No Gubernamentales.
5. Coordinar el trabajo de la Secretaría de Salud con otras dependencias.

Foros y reuniones como a la que hoy acudimos, engloban reflexión y compromiso para quienes tenemos el privilegio de darle voz a nuestras ideas. Pero, implican, y a la vez exigen, la obligatoriedad de penetrar los estratos políticos y sociales encargados de la salud reproductiva. Las ideas sólo valen cuando se convierten en realidad. El gobierno es el responsable de darles forma.

#### BIBLIOGRAFIA.

1. Secretaría de Salud. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000*. 1995.
2. Belausteguigoitia M. El aborto en México. *Debate Femint:sta*. Año 2, vol. 3, pág. 76-81, 1991.
3. Henshaw, S. Induced abortion: a world review, 1990. *Family Planning Persp* 22 (2): 76-89, 1990.
9. Adler, N., Keyes, S., Robertson, P. Psychological issues in new reproductive technologies: pregnancy-induced technology and diagnostic screening. En J. Rodin y A. Collins (eds) *Women and New Reproductive*

*Technology: Medical, Psychological, Legal and Ethical Dilemmas* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates) 1991.

10. Iadipo, O. Preventing and managing complications of induced abortion in third world countries. *Int J Gyn Obst* 6 (3): 21-8, 1991.

11. Salles, V., Tuirán R. Dentro del Laberinto: Primeros Pasos en la Elaboración de una Propuesta Teórico- Analítica para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. El Colegio de México, México, 1995.

12. Ooyal, L. What Makes Women Sick. Gender an the Political Economy of Health. Capítulo 1: In *Sickness and in Health*, pág. 1-26. Rutgers University Press, 1995.

13. Lamas, M. Cuerpo: diferencia social y género. *Debate Feminista*. Año 5, vol. 10, pág. 3-31, 1994.

14. Brachet, V. Salud reproductiva y ciencia sociales: un debate conceptual". *Investigación en salud reproductiva en México: elementos para formular un diagnóstico y conformar un programa nacional de investigación*. Capitulo 1, El Colegio de México, CES, Mimeo, 1992.

15. García, B.H. Muñoz; O. de Oliveira. *Hogares y trabajadores en la ciudad e México*. El Colegio de México/Instituto de Investigaciones Sociales! Universidad Nacional Autónoma de México, 1982.

16. Kraus A. Aborto. *La Jornada*. (Periódico). Octubre 18, 1996.

17. Figueroa JG. Aproximación al Estudio de los Derechos Reproductivos. El Colegio de México, México. 1995.

18. Cordera R, Victoria JL, Becerra R (coord). *México Joven*. Universidad Nacional Autónoma de México. 1996.

19. Kraus A. México Joven. *La Jornada* (Periódico). Octubre 9, 1996.

"Parté de las ideas aquí vertidas fueron discutidas con el Dr. Vicente Díaz, a quien agradezco su tiempo y colaboración."