

PRESENTACIÓN

El Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población es una red de 70 Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de mujeres e instituciones académicas mexicanas fundada en 1993 y dedicada a la aplicación eficaz del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en México. Entre los objetivos del foro, está empoderar a las mujeres promoviendo la incorporación de la salud reproductiva y sexual desde la perspectiva de género en las políticas de población, y fomentar cambios sociales, políticos y programáticos que eliminen las inequidades de género, edad, etnicidad, orientación sexual y clase.

El Foro tiene presencia en 17 de los 31 estados que conforman la República Mexicana, y está dividido en cuatro zonas geográficas principales. Lo conduce un Comité Ejecutivo Nacional que está formado por representantes de la ciudad de México y de otras tres regiones (norte, centro y sur). Las representantes regionales establecen contacto con las demás integrantes de su región, fortalecen la organización y llevan al Foro la voz de su región. La ciudad de México se considera como una región en sí misma, debido a su estructura socio-política *sui generis*, su alta densidad de población, y a su evidente potencial para influir en las políticas federales. Esta estructura refleja el proceso de descentralización que el gobierno mexicano ha emprendido, así como la fuerza y la diversidad del movimiento de la mujer en todo el país.

El Foro coordina los esfuerzos locales y nacionales para promover la aplicación del Programa de Acción de la CIPD y propiciar el intercambio de experiencias entre organizaciones miembros. El objetivo de este intercambio es reproducir o adaptar las ideas que funcionen, y, mediante los esfuerzos grupales, superar los obstáculos encontrados o evitar que se presenten en situaciones futuras.

En el caso de la CIPD +5, el Foro se ha concentrado en dos actividades principales: examinar los recursos públicos asignados a salud reproductiva en cuatro estados de la República Mexicana; y reunir y registrar las experiencias de colaboración exitosas entre integrantes del Foro y las instituciones gubernamentales. También ha trabajado en unión con el movimiento internacional en apoyo de los acuerdos de la CIPD. Este documento presenta -a manera de síntesis- los resultados de las dos primeras actividades.

La primera -retos sociales y económicos- además de examinar el gasto público asignado a salud reproductiva, realiza un seguimiento del proceso de incorporación de la salud reproductiva y sexual desde la perspectiva de género en las políticas de población, esto se realizó a nivel nacional y en cuatro estados.

Y la segunda -colaboración de ONG-gobierno- argumenta los casos en que esta colaboración es viable. Es la síntesis de un estudio realizado a lo largo del año de 1998 en 11 estados de la República Mexicana, reúne la experiencia de una muestra de 25 casos relativamente exitosos de colaboración entre ONG u organizaciones de mujeres y diversas instancias gubernamentales en el país.

RETOS SOCIALES Y ECONOMICOS¹

El Programa de Acción de la CIPD de El Cairo y la Salud Reproductiva

Los acuerdos de El Cairo representan un cambio cualitativo en la forma de abordar los problemas y las políticas de población, pues si en foros internacionales anteriores se priorizaron metas demográficas para limitar el crecimiento de la población y se enfatizó la anticoncepción para alcanzarlas, en El Cairo se transitó de un enfoque «demografista», a otro en el que la preocupación por los sectores más vulnerables de la población, el reconocimiento de las desventajas de las mujeres para acceder a los servicios de salud; una mirada crítica sobre la desigualdad social, económica, educativa y laboral, que a nivel planetario significa el ser mujer; condujeron a formular un Programa de Acción que se inscribe en una óptica de desarrollo más humana, que coloca en el centro el bienestar de la gente, y que incorpora una perspectiva de género tendiente a establecer relaciones más equitativas entre hombres y mujeres.

En esta tónica se planteó que los proyectos de desarrollo y las políticas poblacionales debían partir del reconocimiento de los derechos reproductivos y de la necesidad de alcanzar la salud reproductiva y sexual de las personas, considerando que ésta es un estado general de bienestar que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia; el derecho a la información y a métodos anticonceptivos

seguros, eficaces, asequibles y aceptables, a tener servicios de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas la posibilidad de tener hijos sanos.

Aunque la preocupación de los gobiernos sigue siendo limitar el crecimiento demográfico, el Programa de Acción de La CIPD reconoce libertad y derechos para la reproducción. Algunos de los contenidos del concepto de salud reproductiva se habían planteado con anterioridad, pero este Programa los integra, amplía y redefine, y con ello cambia el paradigma de las políticas poblacionales. Ciertamente, son demasiados los retos para que un Programa como éste se haga realidad en un país como México.

Problemas y Retos de la Salud Reproductiva

En el México de 1994 la pobreza era, como ahora, una situación aguda, generalizada y creciente. Había poco más de 89 millones de habitantes, de los que el 69% vivía en la pobreza.² En los años siguientes, las condiciones empeoraron, pues de 1994 a 1996 los pobres aumentaron en 10.6 millones, mientras 15 personas concentraban el 9% de la riqueza nacional.³ La pobreza creciente indicaba que el bienestar de las personas era cada vez más remoto y que los retos planteados en El Cairo parecían muy ambiciosos.

En 1994 diez millones de personas que habitaban en áreas rurales y zonas urbanas pobres, carecían de servicios de salud, por lo

¹ El texto que aquí se presenta sintetiza una parte de la investigación sobre «Salud Reproductiva en México: financiamiento y enfoque», que se realiza a nivel nacional y en cuatro estados del país, y que está coordinada por Gisela Espinosa Damián. Este texto fue preparado por Gisela Espinosa Damián (Profesora investigadora de la UAM-Xochimilco), Lorena Paz Paredes (Investigadora del Instituto de Estudios Para el Desarrollo Rural, Maya AC) y Verónica Rodríguez (Profesora investigadora de la UAM-Xochimilco)

² Según la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 1996, la población pobre percibe un ingreso per cápita por debajo que lo marcado por la línea de pobreza.

³ Idem.

que ampliar la cobertura de estos servicios, especialmente en zonas rurales, indígenas y marginadas de las urbes, era un gran desafío.

La cobertura de métodos anticonceptivos era insuficiente, desigual y desventajosa: en 1994 el 65% de las mujeres unidas en edad fértil usaba algún método, la población rural e indígena, los y las adolescentes, la de baja escolaridad y/o con escasas oportunidades laborales, tenía menos acceso a la anticoncepción y planificación familiar. La demanda insatisfecha exigía ampliar la cobertura de servicios, así como la información sobre anticonceptivos y sobre derechos reproductivos y sexuales, pues también se trataba de asegurar el consentimiento informado.

Otro problema era la participación del varón: entonces como hoy era irrelevante. En 1995 el IMSS-Solidaridad reportó que en las áreas rurales se realizaba una vasectomía por cada 175 Oclusiones Tubarias Bilaterales (OTB). Incorporar a los varones de manera activa en las decisiones de planificación familiar, reconociendo sus responsabilidades y derechos en las actividades sexuales y reproductivas era otro de los desafíos.

La mortalidad materno-infantil también era un problema a resolver. Aunque desde los años ochentas decreció la mortalidad materna, en 1994 duplicaba a la de países desarrollados;⁴ este problema se agudizaba por abortos inducidos (tercera causa de muerte materna) y por la desnutrición del 30% de las mujeres en edad reproductiva. La mortalidad infantil disminuyó de 1980 a 1993, pero aún en 1990 en áreas rurales era casi 60% más alta que en las urbes⁵ y entre indígenas 70% más que en el resto de la población. Sin duda era importante abatir los niveles de mortalidad materno-infantil aumentando la cobertura y calidad de los servicios de salud para la vigilancia y atención del embarazo, parto y puerperio; también era

urgente garantizar la nutrición adecuada de las gestantes, lactantes y niños, y reforzar la información sobre riesgos y cuidado de la salud de la madre y el niño.

Entre 1990 y 1993 se incrementaron las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) a una tasa mucho mayor que la del aumento poblacional (16%). El VIH-Sida llegó a ser la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años y la sexta en mujeres del mismo grupo de edad.⁶ La proporción de mujeres seropositivas aumentaba más rápido que la de hombres, de un caso por cada 15 a uno por cada 6 entre 1980 y 1998. Todo ello indicaba la importancia de desarrollar una enérgica política de prevención, detección y atención de las ETS y del VIH-Sida.

En 1992, el cáncer cérvico-uterino y el de mama eran las principales causas de muerte femenina entre mujeres de 15 a 64 años. En 1994 apenas una de cada cuatro mujeres se había practicado el papanicolau y en el medio rural sólo 17 de cada 100.⁷ La escasa atención preventiva se relacionaba en parte con una cultura femenina en la que el autocuidado era irrelevante. De manera que promover la detección temprana del cáncer, las displasias y promover la participación responsable del varón en la vida sexual era un reto impostergable.

Por otra parte, pese a que entre el 8 y el 10% de las parejas presentaban problemas de infertilidad, a este problema se le daba poca importancia. El tratamiento oportuno y adecuado de esta disfunción, también era un reto para la salud reproductiva y un derecho fundamental de hombres y mujeres a la procreación.

Dado que las acciones se orientaban básicamente a la etapa reproductiva de la mujer casi no se atendía la posmenopausia, el climaterio ni los problemas o necesidades de otras etapas como la adolescencia. En conjunto, los adultos mayores y los

4 Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, p.14.

5 Idem. p.19

6 Idem.

7 Programa Nacional de la Mujer 1995-2000.

adolescentes eran cerca de 28 millones. Un reto impostergable era ampliar la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva para abarcar a la población de estos grupos etarios.

Finalmente no existían programas donde el varón fuera sujeto de derechos y de responsabilidades. Hacerlo era un reto mayúsculo.

Antecedentes Institucionales de la Salud Reproductiva

Tiempo atrás se habían desarrollado programas relativos a la regulación del crecimiento poblacional y la planificación familiar. En 1973, se aprobó la Ley General de Población y se reformó el Artículo 4o. constitucional; en ese mismo año, se creó una Comisión Interinstitucional de Atención Materno Infantil y de Planificación Familiar y en 1974, se formó el Consejo Nacional de Población (Conapo). En 1977, la política demográfica quedó integrada en el Primer Plan Global de Desarrollo, que ya contenía un Plan Nacional de Planificación Familiar.

Desde un inicio, las tres principales instituciones públicas de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, que más adelante se convertiría en Secretaría de Salud, SSA), participaron activamente en las políticas demográficas a través de la planificación familiar.

Cuando se empezaron a impulsar los acuerdos de El Cairo, además de los servicios de planificación familiar y de atención materno infantil, existían otras acciones que podían inscribirse en la salud reproductiva y sexual: la prevención y atención del cáncer cérvico uterino y mamario; de ETS, incluido el VIH-Sida; la atención a parejas infértiles, a adolescentes; diversos programas de información y educación sobre sexualidad y reproducción. Eran muchas las instituciones

públicas involucradas en estas tareas. Además del Conapo y de las principales dependencias del sector salud (SSA, IMSS e ISSSTE), participaban el IMSS Solidaridad (sucesor de IMSS-Coplamar), el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Consejo Nacional Para la Prevención y Control del SIDA (Conasida), la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional Indigenista, el Instituto Nacional de la Senectud, el Programa de Educación, Salud y Alimentación dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, entre otras. Instrumentar el Programa de Acción de La CIPD no partía de cero, sino de una experiencia relativamente larga y cada vez más amplia y diversificada.

La Incorporación de la Salud Reproductiva en la Planeación del Desarrollo

Otros organismos desarrollaban acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva y estaban interesados en que el Programa de Acción de La CIPD no quedara en el papel. Los compromisos del gobierno mexicano, no podrían ignorarse ante la vigilancia de decenas de ONG constituidas básicamente por mujeres, muchas de las cuales habían participado activamente en la reunión de El Cairo y seguían su instrumentación.

Como en agosto de 1994 hubo elecciones federales y cambio de administración gubernamental, en los últimos meses de ese año y los primeros de 1995, se estaban diseñando políticas y programas sexuales y se facilitó incorporar los compromisos de El Cairo, pero además también hubo voluntad política, para que la salud reproductiva como concepto y como término, apareciera en los planes de desarrollo, en las políticas públicas y en los programas institucionales más importantes que marcarían las futuras acciones gubernamentales.

El primer paso fue crear un Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (el 15 de febrero de 1995), con participación de los principales organismos públicos involucrados

en este campo, y con representantes de la sociedad civil,⁸ este grupo tuvo a su cargo la elaboración consensada del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. El concepto no quedó «encerrado» en el sector salud sino que se vinculó a una perspectiva de desarrollo, a políticas de combate a la pobreza, educativas, nutricionales y sociales en general; asimismo, aparece como condición para lograr la transición demográfica y mejorar la condición de la mujer. El concepto fue retomado por muchas otras dependencias⁹ y permeó los planes normativos y rectores más importantes, como el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Programa Nacional de Población 1995-2000 y el recién creado Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. El sector público hizo un rápido esfuerzo por incorporar, en su discurso y en su perspectiva el concepto de salud reproductiva.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva da respuesta programática a los retos formulados en La CIPD y retoma los principales problemas de la salud reproductiva en México. Así se propone atender: planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, salud perinatal, riesgo preconcepcional, ETS, prevención y detección de neoplasias del tracto reproductor de la mujer, climatario y posmenopausia. El Programa se propone incorporar la perspectiva de género en todos los componentes y considera clave la información, educación y comunicación a usuarios y prestadores de servicios. Las metas más ambiciosas de este programa se refieren a la disminución de la

fecundidad y de la morbi-mortalidad materno-infantil. La información y comunicación se mencionan como acciones importantes sin cuantificar metas.

A diferencia del Programa Nacional de la Mujer, cuyo propósito es mejorar la condición femenina destacando sus derechos y acciones que tienden a la igualdad y la equidad y que en ninguno de sus objetivos cuantifica metas de carácter demográfico, los otros programas sí establecen metas para disminuir el crecimiento poblacional. De todas formas también resaltan objetivos de carácter cualitativo.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) dice que: «iniciativas que antes promovieron el cambio demográfico hoy son insuficientes, ahora se busca... arraigar una cultura demográfica sobre las repercusiones de la población en el medio ambiente y la sustentabilidad del desarrollo.» Pese a esta declaración, el PND plantea que el reto prioritario que persiste en el ámbito demográfico es propiciar la disminución de la fecundidad en regiones y estratos de población de mayores rezagos, donde la tasa de crecimiento poblacional es aún demasiado alta. La idea de desarrollar una cultura demográfica y la urgencia de alcanzar metas demográficas cuantitativas genera una tensión que se expresará cuando menos en el Programa Nacional de Población y en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, pues aunque se han dado pasos importantes para crear esta nueva cultura, los tiempos que consume cualquier cambio cultural son lentos

8 El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva estuvo constituido por representantes de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Programa IMSS-Solidaridad, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Educación Pública, así como los siguientes organismos no gubernamentales: la Fundación Mexicana Para la Planeación Familiar, la Federación Mexicana de Asociaciones privadas de salud y Desarrollo Comunitario, el Consejo de Orientación Para Adolescentes, el Consejo de Planificación Familiar para la Juventud (recientemente sustituido por el grupo de Católicas por el Derecho a Decidir), la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (información tomada del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000).

9 Además de las dependencias que participan en el Grupo Interinstitucional, algunas otras han realizado tareas relacionadas con la salud reproductiva, como la Secretaría de Desarrollo Social, a través de el Programa para la Educación, la Salud y la Alimentación (Progesa), los gobiernos de los estados, e instituciones públicas que no dependen de la Secretaría de Educación Pública, como la Universidad Nacional Autónoma de México.

y no necesariamente compatibles con la rapidez que exige alcanzar las metas demográficas. Así, la meta de reducir la tasa de crecimiento natural de la población al 1.75% en el año 2000 y a 1.45% en el 2005,¹⁰ tienen, inevitablemente, un tono demografista.

En última instancia, si se trata de que la reproducción se base en una conciencia de los beneficios personales, familiares y sociales que ofrece una decisión planificada, las metas debían centrarse en la promoción de esa cultura, así, la reducción de la fecundidad sería resultado y expresión del éxito del cambio cultural. En el PND y los programas mencionados, pobreza y crecimiento demográfico están estrechamente unidos y generan un círculo vicioso, por lo que disminuir los índices de fecundidad y las tasas de crecimiento poblacional y aumentar el uso de métodos anticonceptivos, se convierten en parte medular de los conceptos salud reproductiva y desarrollo.

El Programa de Reforma del Sistema Nacional de Salud ubica como su primer objetivo ampliar la cobertura y proporcionar a toda la población un paquete básico de servicios de salud que consiste en: vacunación, nutrición y salud reproductiva. Así, la salud reproductiva aparece como un componente estratégico del desarrollo y de la política social, aún en épocas de recorte presupuestal y de adelgazamiento del Estado.

Sin embargo, como la salud reproductiva no sólo incluye planificación familiar y salud perinatal, sino muchos otros aspectos, se han ensanchado las tareas institucionales. Pero el compromiso del gobierno parece poco realista, pues no sólo había diez millones sin acceso, sino muchos millones más que accedían a los servicios de salud de manera parcial o deficiente, lo cual implicaba asumir más tareas y destinar más recursos públicos

para atender integralmente la salud reproductiva. Ocurre lo contrario: se están reduciendo las funciones, gastos y responsabilidades estatales en seguridad social y servicios de salud. En este sentido, adoptar el concepto de salud reproductiva como derecho universal de los mexicanos suena bien y, como veremos más adelante, se dan pasos en esta dirección, pero también se camina en sentido contrario.

Otra perspectiva de desarrollo podría intentar la ruptura del círculo vicioso pobreza-alta fecundidad, por la vía de redistribuir el ingreso. Esa perspectiva sencillamente no existe en el discurso oficial. Si la política económica profundiza la desigualdad, a la política social le corresponde compensarla; pero sin duda la primera es más rápida en generar pobreza, que la política social en atenderla. Y si las instituciones se orientan a los desfavorecidos, la tarea es interminable, porque estos grupos están creciendo.

El concepto salud reproductiva que con tanta agilidad fue incorporado a los planes y programas más importantes del sector público, se impulsa a contracorriente, en medio de una estrategia global que en el balance favorece las tendencias empobrecedoras, que empeora la salud y que dificulta que la salud reproductiva sea efectivamente un derecho de todos los mexicanos.

Algunos Retos del Proceso

Si la salud reproductiva quedó integrada a los programas más relevantes del sector público, el siguiente problema era difundirla y propiciar su asimilación entre prestadores de servicios y usuarios, el reto era enorme, pues en 1996 los médicos y enfermeras del sector salud sumaban 274 mil y familiarizar a ese enorme ejército distribuido en todo el país, con un nuevo enfoque, que implica redefinir la práctica, era y es una tarea difícil.¹¹ Al interior

10 Metas del Programa Nacional de Población 1995-2000. El Programa Nacional de Salud Reproductiva, también se propone metas cuantitativa: disminución de la fecundidad de 2.9 a 2.4 hijos por mujer en el 2000. Otras metas que se proponen en estos programas son: posponer la edad de la primera unión y del primer hijo, ampliar el espacio intergenésico y la terminación temprana de la reproducción. Medidas relacionadas con estas metas son: incrementar la prevalencia en el uso de anticonceptivos en el campo de 44% a 57% y mantenerla en las ciudades en 70 por ciento.

11 Secretaría de la Presidencia, Informe de Gobierno de 1998.

de las instituciones se ha capacitado en temas como cáncer cérvico-uterino, adolescentes y perspectiva de género.¹² La capacitación se da en cascada: parte del nivel central y llega hasta los centros de salud y se ha cubierto al 75% de los prestadores de servicios.¹³ Como era previsible, la asimilación práctica del concepto y su enfoque no ha sido fácil, pues si planificación familiar y atención materno infantil son conocidas, otros componentes resultan poco manejados. Para difundir el concepto entre la población se han usado una gran diversidad de medios, incluidos los masivos. Se diseñó un logo para que la gente asociara la salud reproductiva con una imagen, y pese a las dificultades y el corto tiempo, el término salud reproductiva está hoy en el discurso oficial, en el eclesiástico y en las cámaras, y la gente lo asocia con algunos de sus componentes.¹⁴

Se dice que gracias al Programa de Ampliación de Cobertura y a otros que llegan a la población más pobre, ocho de los diez millones de habitantes que carecían de servicios, ahora tienen acceso al paquete de servicios básicos de salud (vacunación, nutrición y salud reproductiva).¹⁵ Lo que significa que más del 95% de la población accede a servicios de salud. Esta cifra parece muy optimista, pues si la medicina preventiva (vacunas) abarca casi a todos los niños, los programas de alimentos subsidiados (que también contribuyen a la salud reproductiva), difícilmente cubren a la población que los requiere. En 1996, el 26% de las familias rurales recibía algún tipo de asistencia alimentaria, pero la desnutrición afectaba al 50% de esta población.¹⁶ Además, es remoto revertir este problema a través de subsidios, pues los estratos desnutridos son también los de menores ingresos y los que

cotidianamente presentan más bajo consumo alimenticio.

Pensar que los servicios de salud reproductiva están llegando a más del 95% de la población es hacer cuentas demasiado alegres, pues implicaría un amplio universo de acciones y servicios que parecen inalcanzables en tiempos de escasez de recursos públicos y de recorte presupuestal. Algunos programas que han recibido fuerte impulso, como el de salud sexual y reproductiva dirigido a adolescentes, por supuesto no cubre al 95%. En Oaxaca por ejemplo, hay once módulos de atención para más de 700 mil adolescentes. Como éste, habría muchos rezagos en otras áreas. Lo cual hace pensar que a la hora de elaborar los informes oficiales, no se contemplan todos los componentes de la salud reproductiva y se peca de optimismo.

Esta exageración de los logros, impide valorar en sus justos términos los avances y los retos. En México no se ha logrado todo lo que se dice sobre salud reproductiva, por ejemplo, los programas dirigidos a hombres siguen siendo marginales, el cáncer de mama y la salud en el climaterio y la posmenopausia, el problema de la infertilidad, son poco atendidos. Sin embargo, sí se han realizado grandes esfuerzos y múltiples acciones:¹⁷ cuando menos hay veinte instituciones públicas involucradas en alguna acción tendiente a la salud reproductiva que orientan su trabajo hacia toda la población aunque priorizan a grupos vulnerables como indígenas, habitantes del campo, adolescentes, etc. También incluyen a los prestadores de servicios (médicos, paramédicos, parteras tradicionales, etc.) entre sus destinatarios.

12 Entrevista al Doctor Gregorio Pérez Palacios, Director General de Salud Reproductiva.

13 Dato proporcionado por Beatriz Vázquez y Marisela Camacho, investigadoras del Programa en Mejoramiento de Calidad en los Servicios de Salud Reproductiva.

14 Entrevista al Doctor Gregorio Pérez Palacios, Director General de Salud Reproductiva.

15 Entrevista al Doctor Gregorio Pérez Palacios, Director General de Salud Reproductiva.

16 Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural. 1996.

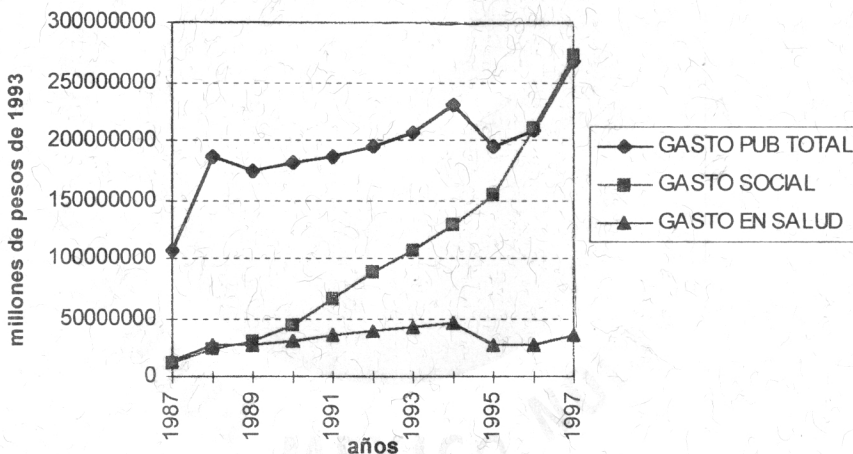
17 Entre las áreas de trabajo de estas instituciones se encuentran: ampliación de cobertura y acceso a la planificación

Reconociendo que hay grandes retos, rezagos y problemas que no pueden resolverse en tan corto tiempo, también es cierto que algunas tareas como la atención a adolescentes que hoy tiene su programa, la prevención y detección de cáncer cérvico uterino que pretende ser controlado a través de la nueva «Cartilla de la mujer»¹⁸ una forma más integral de abordar la salud materno-infantil que se expresa la certificación del 87% de los hospitales del país como «Hospital Amigo del Niño y de la Madre»; la construcción de una perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva que ahora empieza a ser discutida y aplicada, eran cuestiones poco relevantes o inexistentes, que hoy tienen otro peso.

Los Recursos Públicos Para la Salud Reproductiva

Como dijimos antes, trabajar en torno a los objetivos del Programa Nacional de Salud Reproductiva es una tarea que se desarrolla a contracorriente, no sólo porque muchos de los problemas se agrandan, sino porque los recursos públicos se empequeñecen o se estancan. Entre 1994 y 1997, pese a que el gasto público registró un aumento global de 16% y, en el mismo periodo el gasto social tuvo un incremento de más del cien por ciento (111%), el gasto público en salud se recortó en un 21.3 por ciento.¹⁹

COMPORTAMIENTO DEL GASTO PUBLICO



Elaboración propia con base en datos de *El ingreso y gasto público en México*, 1995: Carpeta de egresos de la federación, 1990-1998; y *Anexo estadístico del IV Informe de Gobierno*, 1998. Para 1997 y 1988, el gasto en salud incluye al gasto en seguridad social.

familiar, educación, comunicación, promoción del consentimiento informado, de la participación del varón, prevención de la mortalidad materna, atención del embarazo, parto y puerperio, mejoramiento de la calidad de la atención perinatal, nutrición, investigación y prevención del aborto, supervisión de la salud infantil, lactancia, salud de la mujer, información y tratamiento del climaterio y la posmenopausia, infertilidad, prevención y atención de ETS y VIH-sida, atención a adolescentes.

18 La Cartilla de la Mujer está siendo distribuida a 23 millones de mujeres mayores de 25 años y permitirá controlar sistemáticamente su salud.

19 Todas las estimaciones se hicieron en precios constantes, tomando como año base 1993.

Es evidente que en estos años se priorizaron los recursos para otros programas sociales, entre ellos, el Programa de Educación, Salud y Alimentación, al que se ha dado suma importancia, también favorecieron algunos objetivos de la salud reproductiva, especialmente en el rubro alimentación, pero no compensan el recorte sufrido por el sector salud.

Entre 1993 y 1996, los gastos correspondientes a salud reproductiva²⁰ también registraron un severo descenso, pues

pasaron de 3,486.5 a 2,339.9 millones de pesos,²¹ lo que significó una caída del 33 por ciento.

Algunos componentes básicos de la salud reproductiva tuvieron un recorte menos pronunciado, por ejemplo el gasto en planificación familiar se redujo en un 17%; el ejercido en salud materno infantil registró un descenso más leve, del 11%. De todas formas, la tendencia general fue a la reducción.

EVOLUCIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DEL GASTO EN SALUD REPRODUCTIVA, TOTAL Y POR SUBPROGRAMA (millones de pesos de 1993)

Año	Total		Planificación Familiar		Materno Infantil		Consulta Externa* Ginecobstétrica		Egresos Hospitalarios* Ginecobstetricos	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
1993	3,486.6	100	267.9	100	338.2	100	171.3	100	2,709.2	100
1994	3,945.3	113	308.8	115	383.5	113	188.6	110	3,064.4	113
1995	3,539.1	102	193.6	72	318.0	94	158.7	93	2,868.8	106
1996	2,339.9	67	221.7	83	300.4	89	173.8	102	1,644.1	61

Elaboración propia con base en datos del *Boletín de información estadística* de Ssa, 1993-1996

*Al gasto en Consulta externa general y Egresos Hospitalarios Generales, se les aplicó el porcentaje correspondiente a ginecobstetricia.

Y estos datos sobre el gasto público en la salud y en la salud reproductiva, fortalecen la idea de que los retos para alcanzar las metas del Programa rector en este campo, han sido trabajadas a contracorriente y que son aún muchos los rezagos retos. A la vez, hay que hacer notar que, pese a los recortes presupuestales,²² se ha avanzado significativamente el algunos

aspectos, lo que hace pensar que, aún cuando es indiscutible y estratégico aumentar los recursos públicos destinados a la salud reproductiva, no basta con incrementar el presupuesto; sean muchos o sean pocos los recursos, el impacto y los resultados de cada peso invertido dependen también y en gran medida, de la forma en que se usen.

20 Estamos considerando como gasto en salud reproductiva lo ejercido en planificación familiar, en atención materno infantil, en consulta externa ginecobstétrica y en egresos hospitalarios ginecobstétricos. Una parte del gasto en egresos hospitalarios ginecobstétricos (que incluyen partos y otro tipo de atención hospitalaria como OTB, histerectomía, etc.) aún podría ser descontada, pues una porción del gasto en atención materno infantil se destina a partos. En Cambio, no pudimos obtener información precisa para definir e incluir el gasto en otros rubros importantes, por ejemplo, prevención, detección y tratamiento de cáncer cérvico uterino; prevención, detección y tratamiento de ETS y de VIH-Sida; capacitación para prestadores de servicios, entre otros. Las fuentes oficiales consultadas no presentan los datos con suficiente desagregación.

21 También en este caso estamos usando cifras a pesos constantes con base en el año 1993.

22 Carecemos de información suficiente para saber si los recursos internacionales están compensando, la caída del gasto público en salud.

COLABORACIÓN ONG-GOBIERNO*

Introducción

Con base en experiencias acumuladas en todo el mundo, la conferencia que reunió en México a alrededor de 200 representantes de organizaciones que promueven la salud y los derechos de las mujeres junto con contrapartes de diversos países, dio una mayor precisión al concepto de «colaboración» (*partnership*) al señalar que...»La colaboración requiere de metas comunes, respeto mutuo, acceso abierto a información y a procesos de toma de decisiones, y capacidad de las contrapartes de rendir cuentas a sus representados. Esa colaboración debería realzar la actividad de los gobiernos, y no reemplazar su responsabilidad, para asegurar una atención adecuada de la salud...» Al mismo tiempo, hace un llamado «...a los gobiernos, agencias internacionales y financiadoras a proveer de fondos generales de apoyo a largo plazo para fortalecer la capacidad organizativa de las mujeres y sus habilidades para participar efectivamente en la toma de decisiones de los gobiernos y de las agencias, en la implementación de programas y en su evaluación» (HERA, 1998).

El presente documento ofrece elementos de apoyo para argumentar que esta colaboración es viable. Se basa en un estudio realizado a lo largo del año de 1998 en 11 estados de la República Mexicana, concentra la experiencia de una muestra de 25 casos relativamente exitosos de colaboración entre ONG u organizaciones de mujeres y diversas instancias gubernamentales en el país.

Se trata de experiencias que respaldan la viabilidad de la puesta en práctica de los acuerdos de El Cairo relacionados con la salud y los derechos de las mujeres, tomando en cuenta la equidad y el respeto de la diversidad como valores fundamentales. Los casos documentados de colaboración en que se basa este informe, fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios, para definirlos como «viables» o exitosos:

En primer lugar, que pudiera verse a través de ellos alguna influencia de los acuerdos de El Cairo, ya sea por la creación de nuevos programas o de fondos destinados a atender problemas de salud y derechos de las mujeres con un enfoque de género, o bien por un cambio de actitud favorable a las acciones que las ONG de mujeres vienen desarrollando desde tiempo atrás en estas áreas, desde que la Conferencia tuvo lugar;

En segundo lugar, que se tratará de experiencias donde se tuviera como objetivo el garantizar la equidad en sentido amplio y el respeto de la diversidad, más allá de otras metas que cada una de las organizaciones pudiera perseguir en particular; básicamente, dos valores fundamentales de la CIPD debían estar presentes de alguna manera: la equidad de género y la necesidad de colaboración entre gobierno y sociedad civil.

En tercer lugar, que la experiencia fuera considerada exitosa por parte tanto del sector gubernamental como de la ONG involucrados en el caso, ya que esto indicaba un grado satisfactorio de viabilidad y la voluntad de continuar por el camino de la colaboración; la opinión favorable por ambas partes, además, debía basarse en criterios de efectividad o logro de metas, relevancia, eficacia y eficiencia, percepción de un proceso de interlocución satisfactorio y de un adecuado balance de poder, y creencia en la sostenibilidad en el tiempo de la colaboración.

Adicionalmente, los casos seleccionados permiten mostrar un proceso de interlocución posible entre ONG u organizaciones civiles e instancias gubernamentales de distintos ámbitos (nacional, regional, local), señalando estrategias y canales viables de comunicación, así como obstáculos comunes a superar si se cuenta con voluntad política para hacerlo.

* Este texto sintetiza una parte de la investigación sobre Casos viables de colaboración entre ONG de mujeres e instancias gubernamentales en México coordinada por Cristina Herrera Carnevale

La totalidad de los casos en que se apoyó este estudio -con la sola excepción de Chiapas-, reúne los requisitos anteriormente enunciados. Conscientes de que las instancias gubernamentales y no gubernamentales son de distinta naturaleza, que tienen objetivos y formas de funcionamiento diversos y que por lo tanto, los criterios de éxito pueden variar entre una y otra, sólo consideramos como viables a aquellas experiencias de colaboración en las que la «zona en común» entre los intereses, metas y valores fundamentales de cada organización había sido cubierta de manera satisfactoria para ambas partes. En suma, son casos que pueden considerarse óptimos aunque por supuesto perfectibles, y también un avance sustantivo en el largo y necesario proceso de colaboración entre el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil y en el cumplimiento de la agenda de El Cairo.

CASOS DE COLABORACION

I. Tipos de Interlocución

Los casos aquí documentados representan avances sustantivos en el logro de estos ideales, si es que se cuenta con el apoyo suficiente para hacerlo.

Sin embargo existe un amplio rango de concepciones acerca de lo que debería entenderse por «colaboración», entre los actores involucrados en estas experiencias. Nuestro estudio se basó en una confrontación de las opiniones de los funcionarios públicos, por un lado, y de los representantes de la sociedad civil, por el otro, que participaron o participan en distintos acuerdos de colaboración. A partir del análisis de la información recogida en más de cincuenta entrevistas semi-estructuradas a dichos actores, identificamos cuatro tipos básicos de colaboración o interlocución, que a grandes rasgos pueden describirse del siguiente modo:

Tipo 1: Colaboración de la ONG con programas que son de iniciativa y total responsabilidad del gobierno, en alguna de sus fases -ya sea en la de diseño, implementación de algunas o de todas las acciones incluidas

en el programa, o en la de evaluación y seguimiento-, con grados diversos de involucramiento de la ONG, que puede abarcar actividades de consultoría, capacitación, elaboración de diagnósticos, canalización de demandas, propuestas, etcétera.

Tipo 2: Colaboración del gobierno con acciones que históricamente han «perteneído» a la ONG ante la ausencia de políticas públicas dirigidas a atender alguna problemática (desde el momento de tomar la iniciativa hasta la implementación y el seguimiento de proyectos, pasando por la aportación del grueso de los recursos humanos y materiales), cuando estas acciones sirven para alcanzar metas del gobierno de manera más efectiva. En muchos de estos casos, los proyectos de las ONG son inscritos dentro de un programa público, recibiendo algún tipo de apoyo del sector gubernamental;

Tipo 3: Colaboración «mutua» (la que más se acerca al ideal del *partnership*), donde ambas instancias establecen un convenio formal de colaboración para emprender acciones conjuntas, con un balance relativamente equitativo de lo que cada una aporta y del acceso a información, recursos y procesos de toma de decisiones, en una relación de respeto a la autonomía de cada organización, y que idealmente cuenta con mecanismos formales de capacidad de pedir cuentas (*accountability*) que garantizan la sostenibilidad de los compromisos;

Tipo 4: Presión política exitosa; que aunque no pueda considerarse colaboración en el estricto sentido de la palabra, en los casos de la muestra recogida ha constituido el primer paso de un proceso de interlocución viable, hacia el establecimiento de probables acuerdos de colaboración en el futuro. Se trata de procesos a través de los cuales se ha logrado la sensibilización y acción de las autoridades, a través de la constante insistencia en la demanda de atención a ciertas problemáticas que luego fueron reconocidas.

Esta clasificación, como todas, representa una tipología de carácter abstracto, es decir

que los casos reales se ajustan a cada uno de los tipos en mayor o menor medida, sin coincidir con ellos necesariamente en todos los aspectos.

Para ubicar a cada caso de acuerdo a esta clasificación, tuvimos en cuenta las siguientes dimensiones básicas de análisis: 1. iniciativa (si la misma fue tomada por la ONG, por el gobierno o por ambos); 2. responsabilidad por el programa o proyecto (organización que la detenta); 3. carácter formal o informal del compromiso establecido; 4. proporción de los recursos humanos, materiales y financieros que aporta cada una de las partes (el grado de satisfacción con la misma); 5. balance de poder entre ellas (lo que incluye los recursos de poder con que cada una contaba al inicio, el acceso de cada una a información y recursos del programa, capacidad de decisión o de incidencia en el proceso de toma de decisiones y la existencia o no de mecanismos formales de rendición de cuentas), y finalmente 6. el nivel de incidencia del Programa de Acción de El Cairo en el proceso de interlocución.

Al mismo tiempo, hemos agrupado los casos de acuerdo a la temática de El Cairo que cada uno atiende de manera prioritaria. Si bien la mayoría de las organizaciones no gubernamentales se dedica a varios temas relacionados con la Plataforma de Acción, el caso puede ordenarse de acuerdo a la temática específica que privilegia; es decir, si bien todas tienen como objetivo de largo plazo el lograr el empoderamiento de las mujeres y la equidad entre los géneros, en algunos casos estas metas se logran a través de la defensa de los derechos y la visibilidad de las mujeres, en otros mediante la promoción de un cuidado adecuado de su salud, y en otros mediante la creación de alternativas de desarrollo para las mujeres pobres. De este modo, los casos quedan agrupados en tres categorías: a. desarrollo sostenible, b. Salud sexual y reproductiva, y c. derechos de las mujeres y de las niñas y equidad de género.

Del cruce de los dos criterios de clasificación arriba expuestos, surge un ordenamiento de los casos que puede resumirse en el siguiente cuadro:

Temas de la agenda de El Cairo

	Desarrollo sostenible	Salud sexual y reproductiva	Derechos de las mujeres y las niñas	Total
Tipo 1 (colaboración con el Gobierno)	---	3	4	7 casos
Tipo 2 (colaboración con la ONG)	2	3	1	6 casos
Tipo 3 (colaboración mutua)	---	3	1	4 casos
Tipo 4 (presión política exitosa)	---	1	6	7 casos
Otros	1	---	---	1 caso
Total	3 casos	10 casos	12 casos	25 casos

En términos generales y como era de esperar, observamos que el ideal de la «mutua colaboración» tal como lo hemos definido no se logra con tanta facilidad como los demás tipos de interlocución, como lo muestra el hecho de que el número de casos de este tipo es menor que el del resto, para los que la distribución es pareja: existe casi el mismo número de casos para cada uno de los demás tipos de interlocución viable; con todo, muchos de ellos se acercan, en buena medida, al ideal de colaboración.

Siempre recordando que no se trata de una muestra estrictamente representativa sino más bien ilustrativa, podemos observar también que una gran proporción de los casos escogidos pertenece al rubro «derechos de las mujeres y de las niñas y equidad de género» como tema primordial. Le siguen -en un número ligeramente inferior- los casos agrupados en el rubro «salud sexual y reproductiva», y finalmente unos pocos cuyo tema prioritario es el de «desarrollo sostenible».

En un análisis combinado de las dos variables (temas de Cairo y formas de interlocución), es interesante notar que los casos de «desarrollo sostenible», aunque escasos, son del tipo de «colaboración con la ONG» -con una excepción, que pertenece al caso de Chiapas-, es decir, son casos donde el gobierno ha apoyado con recursos y/o capacitación técnica a iniciativas productivas surgidas de una organización civil o comunitaria de mujeres.

Es el caso, por ejemplo, del Proyecto Ecoturístico llevado a cabo por la organización de mujeres indígenas Maseualsiuame Mosenyolchikauani S. De S.S, con la colaboración del programa del Fondo Nacional de Apoyo a Empresas Sociales (FONAES), en el estado de Puebla. En este caso, la organización de mujeres obtuvo un subsidio del gobierno destinado a finalizar las obras de construcción de un hotel ecoturístico -que se había comenzado con otros recursos- administrado por las mismas mujeres, quienes además recibieron capacitación en turismo y administración hotelera por parte del gobierno. El proyecto ha permitido generar empleo alternativo para las mujeres indígenas y se prevé que en un plazo de cinco a diez años produzca los ingresos suficientes para mantener dicho empleo, cubrir gastos administrativos y reintegrar los recursos recibidos. Ambas contrapartes confían en el logro de estas metas y reconocen la necesidad de profundizar en las relaciones entre el gobierno y este tipo de organizaciones, respetando su autonomía en la implementación de los proyectos.

Con respecto a los casos que identificamos dentro del rubro «salud sexual y reproductiva», encontramos que los mismos se distribuyen de forma muy pareja entre los distintos tipos de colaboración, con sólo un caso en el que denominamos de «presión política exitosa».

Los que podrían definirse como de «colaboración con el gobierno» son aquellos en los que la ONG ha sido convocada para hacer algún tipo de aporte a programas promovidos y bajo la entera responsabilidad del sector público. Es el caso de la relación que se estableció entre la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal y la Dirección

General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. En este caso, la ONG junto con otras, fue convocada para colaborar en la revisión de la norma oficial de cáncer cérvico-uterino, como una de las tareas del grupo interinstitucional creado por el Programa de Salud Reproductiva que fue impulsado a partir de El Cairo. Con ello, se logró: que la norma oficial incorpore el elemento de gratuidad en el manejo, atención y tratamiento de todas las mujeres de población abierta en las clínicas de displasias de la Secretaría de Salud; aumentar significativamente la detección y tratamiento de cánceres invasores, y disminuir drásticamente el porcentaje de muestras inadecuadas gracias a la capacitación del personal. Adicionalmente, la Secretaría de Salud autorizó una ampliación del presupuesto para equipos de detección y para la promoción del programa en todo el país, en especial dirigido a audiencias masculinas.

Dentro de los casos que entran en la categoría de «colaboración con la ONG» en este sector, se encuentra el del Centro de Atención a la Mujer «Eusebio Kino», un centro comunitario de atención a la salud de las mujeres de escasos recursos que pertenece a la Asociación de Mujeres Unidas de Sonora (AMUSAC). El centro funciona desde tiempo atrás, pero ha sido apoyado por la Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora desde 1990, a iniciativa del comité de salud del barrio, incorporando desde 1994 la perspectiva de género y atendiendo prioritariamente desde entonces a la salud reproductiva. Reconociendo el hecho de que las mujeres acuden en mayor proporción a este centro aún siendo derechohabientes del seguro social, el sector gubernamental aporta al centro de salud material para la toma de muestras de papanicolaou, realiza su análisis y envía los resultados, paga la compensación de las promotoras de salud, y apoya con material de difusión del centro, reconociendo que se requieren experiencias de colaboración como éstas en otras ciudades del estado.

El tipo que denominamos de «mutua colaboración» se distingue de los anteriores en el mero hecho de que existe un convenio más formal que lo avala, donde las contrapartes establecen con claridad la responsabilidad que a cada uno le compete,

respetando su autonomía y con un satisfactorio proceso de interlocución y un justo balance de autonomía decisional.

En el rubro de salud, es el caso de la relación de colaboración entre la ONG «Centro de Investigación y Estudios sobre la Sexualidad», el Consejo Estatal de Población del estado de Puebla y la institución Desarrollo Integral de la Familia en el estado de Oaxaca. La ONG ofreció a ambas instancias gubernamentales, entre otras, una radionovela y un paquete interactivo de educación a distancia sobre salud sexual, elaborados por ella misma y financiados con sus recursos, cuyos derechos de reproducción los gobiernos adquirieron para utilizar en sus programas de salud y población. El sector gubernamental adoptó los materiales tal cual fueron concebidos, coordinó acciones con otras instituciones responsables de salud y educación, capacitó a su personal, difundió la serie radiofónica en espacios oficiales, lo explotó más ampliamente con asesoría de la ONG, desarrolló materiales adicionales, los promovió en comunidades y centros de salud, y en el caso de Oaxaca facilitó la evaluación que la ONG realizó. Los logros de esta experiencia de colaboración han motivado a los gobiernos a proponer ampliar su área de alcance.

Dentro del área de salud, finalmente, encontramos un caso de los que denominamos de «presión política exitosa». Es el de la organización no gubernamental «Casa de la Sal A.C.» -que se dedica a dar apoyo médico, psicológico y legal a personas con VIH y SIDA-, y el Hospital General Regional del estado de Puebla, perteneciente a la Secretaría de Salud. En este caso, la organización logró, luego de insistentes peticiones, que el hospital diera atención adecuada a los casos que la organización le derivara en momentos críticos. A partir de esta experiencia, se conformó un grupo con personas de ONG y del sector público que trabajan en la problemática del SIDA, quienes se coordinan para atender estos casos de manera eficiente y para ofrecer capacitación en la temática. La «Casa de la Sal» ingresa los pacientes al hospital ya con historia médica y análisis hechos, y sus sugerencias sobre los tratamientos son respetadas por el personal

del hospital. Cuando han superado la crisis, los pacientes regresan a la Casa de la Sal para recuperarse. Esta experiencia fue producto de insistentes reclamos, pero sentó un importante precedente y obtuvo el reconocimiento de la instancia gubernamental que encabeza la lucha contra el SIDA a nivel nacional. Ambas partes han reconocido la necesidad de replicar este tipo de estrategias coordinadas a otros estados, para enfrentar la problemática del SIDA.

Finalmente, el área de «derechos de las mujeres y de las niñas y equidad de género», que es la más numerosa, concentra una gran proporción de casos en el tipo de «presión política exitosa», debido probablemente a la naturaleza de la temática -reclamo de derechos- y al fuerte arraigo que en nuestra cultura tiene la desigualdad de género. La mayoría de los casos de este tipo se relaciona con la lucha contra la violencia intrafamiliar y la discriminación de género, y se dirige principalmente hacia las instancias legales. En algunos casos, presionando para que se abra o impulse una agencia del ministerio público especializada en delitos sexuales y familiares, y en otros, proponiendo modificaciones a leyes de diversa índole a favor de la visibilización y no discriminación de las mujeres y de las niñas. En ambas modalidades se logró un mayor compromiso del sector gubernamental y una mayor concientización de la opinión pública hacia estas problemáticas.

El tipo que le sigue en número de casos, dentro de área de derechos de las mujeres y equidad de género, es el de «colaboración con el gobierno», en el que contamos con cuatro experiencias. Una de ellas es la del proceso por el que se creó el Instituto Colimense de la Mujer y se incluyó el Capítulo de la Mujer en el Plan Estatal de Desarrollo, como resultado de un trabajo conjunto de la Comisión de la Mujer del Consejo Estatal de Concertación Económica y Social, iniciado a partir de la convocatoria del Gobierno a organizaciones que tenían experiencia de trabajo con mujeres, las que participaron en la elaboración de un diagnóstico de la situación de la Mujer en Colima. Con estas iniciativas, se logró una mayor visibilización de la mujer y un cambio total en el discurso, desde el gobernador,

pasando por funcionarios menores, hasta la población en general, en favor de la conciencia de género. El Instituto es resultado del impulso que desde el gobierno nacional se está dando a la creación de un Plan Nacional de la Mujer, y de sus homólogos estatales, y gracias a diversos mecanismos formales -como la personalidad jurídica de la institución- se ha logrado un compromiso de continuidad más allá de los gobiernos de turno. Es un precedente y una importante garantía de la planeación con enfoque de género en áreas como salud, educación y desarrollo de la mujer, tal como la CIPD de El Cairo ha recomendado.

Otra experiencia es la de la apertura de la "Línea Binacional de Crisis", una línea telefónica disponible para atender denuncias y casos de violencia intrafamiliar a ambos lados de la frontera Norte, en el estado de Baja California. En este caso, el DIF de Tijuana trató de impulsar un programa especializado en violencia intrafamiliar -que es un problema agudo en esa ciudad- y con la colaboración de la organización Casa de la Mujer "El lugar de la Tía Juana" diseñó un programa especializado, que incluye la apertura de la línea telefónica y un albergue para víctimas de la violencia intrafamiliar. La ONG sirvió de enlace con organizaciones del otro lado de la frontera que ya brindaban el servicio, y apoyó la iniciativa con capacitación y material sobre violencia intrafamiliar.

Una experiencia más de estos casos se dio en Veracruz, distintas ONG participaron en el Programa Estatal de la Mujer en trabajos coordinados, foros, encuentros y asambleas conjuntas. Ambas organizaciones tomaron la iniciativa en el proceso de comunicación y se logró conformar e integrar el equipo técnico y operativo identificado con los objetivos del programa, se estructuró y aplicó una metodología basada en la participación-acción, se creó un Programa Estatal de la Mujer y se logró beneficiar a una población de 118,832 mujeres a través de programas y proyectos dirigidos principalmente hacia las mujeres, las niñas/os, que además permiten el desarrollo humano sostenible centrado en la persona comunitaria. Las mayores necesidades atendidas fueron: apoyar la construcción del piso social básico, el empoderamiento y

posicionamiento de las mujeres y las niñas, así como la difusión y conocimiento de sus derechos.

Entre las experiencias que denominamos de «colaboración con la ONG» en esta área, se encuentra el caso de la campaña de prevención de la violencia hacia las mujeres y las niñas llevada a cabo por el «Grupo Feminista 8 de Marzo» con la colaboración de la Unidad Regional de Culturas Populares del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, en el estado de Chihuahua. En este caso, la ONG diseñó, instrumentó y operativizó las acciones necesarias para dicha campaña en medios de difusión populares como vehículo informativo-formativo contra la violencia hacia las mujeres y las niñas. La institución otorgó el financiamiento y dio seguimiento a los objetivos planteados en el proyecto. Con ello se logró que la sociedad y específicamente las mujeres conozcan las reformas legislativas sobre violencia y hagan de ellas una herramienta de defensa de sus derechos. Cada día son más las mujeres que tienen confianza para denunciar los delitos de los que son víctimas y las agencias del Ministerio Público y las instancias del gobierno ven a la organización como interlocutora indispensable en este tema.

Por último, el tema de la defensa de los derechos de las mujeres a través de la lucha contra la violencia intrafamiliar, cuenta con un caso de «colaboración mutua» entre el Centro de Apoyo a la Mujer y la Dirección de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Colima. La iniciativa se apoyó en la estructura política del municipio, que cuenta con Comités de Barrio en cada colonia. Dada la insuficiencia de las autoridades para atender el problema de la violencia, se diseñó un esquema donde los Comités de Barrio, que sirven de intermediarios entre la Autoridad y la Sociedad Civil, estén preparados para detectar y canalizar los casos de violencia en cada colonia, en especial hacia las mujeres y los niños. La ONG presentó al presidente municipal una propuesta de capacitación a representantes de Comités de Barrio del municipio de Colima, que incluía la elaboración del programa de capacitación, la realización

de los talleres y la evaluación y memoria. El sector público, por su parte, realizó la convocatoria y organización de los talleres, brindó apoyo logístico y recursos materiales. Se firmó un convenio interinstitucional consensado entre ambas instancias, y se logró capacitar a 68 representantes barriales con una muy buena respuesta. Otras instituciones -como el DIF, por ejemplo- solicitaron ampliar el alcance de los talleres a zonas rurales.

II. Procesos de Interlocución

Si bien las experiencias que hemos documentado son heterogéneas, detectamos algunos elementos comunes en cuanto a condiciones que favorecen la interlocución, estrategias exitosas y obstáculos frecuentes en el proceso de colaboración entre las ONG y las instituciones gubernamentales en México.

Cabe recordar que se trata aquí de un proceso reciente, marcado por un pasado de mutua desconfianza entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Por este motivo, es de destacar como logro fundamental, reconocido en la totalidad de los casos por ambas partes, el hecho de que se haya podido vencer la desconfianza y el prejuicio que cada parte tenía sobre la otra e iniciar un camino de diálogo del que ambas salieron optimistas hacia el futuro. El prejuicio más frecuente del lado de las ONG consistía en desconfiar del burocratismo y falta de eficiencia de las instituciones gubernamentales, de sus inercias y falta de compromiso. Esto ha sido desmentido en muchos de los casos. El gobierno, por su parte, tenía hacia las organizaciones civiles el prejuicio frecuente de la intolerancia y la crítica no constructiva que éstas mostraban hacia las acciones gubernamentales, y en el caso particular de las organizaciones de mujeres, la creencia en su incapacidad para organizarse y para hacer propuestas serias y llevarlas a la práctica. Del mismo modo, éstos prejuicios fueron vencidos en la mayoría de los casos que respaldan este documento.

Condiciones favorables y para la interlocución

1. La descentralización de muchas políticas públicas resultó ser una condición favorable aunque no suficiente, para abrir canales de comunicación entre las ONG y las instancias gubernamentales. Un elemento clave que surgió en la mayoría de los casos, fue el mutuo conocimiento previo que los interlocutores pueden tener en espacios más reducidos, e incluso los contactos personales y la posibilidad de tener reuniones cara a cara, tanto formales como informales, entre los representantes de la sociedad civil y las autoridades. No obstante, ésta es una condición que favorece los primeros pasos del proceso de interlocución, ya que en lo sucesivo la experiencia demuestra que es necesaria una mayor formalización de las relaciones, para trascender las relaciones individuales, a veces pasajeras.

2. En esta misma línea, cuando los planes estatales descentralizados están respaldados o impulsados desde el gobierno central, muchas veces con recursos disponibles para ejercer, la colaboración se ve favorecida; pero este hecho por sí solo no resulta suficiente, ya que además debe existir voluntad política por parte de las autoridades para llevar a la práctica un proceso real de colaboración, como lo ilustra, entre otros, el caso del Consejo Estatal de Población del estado de Puebla.

3. La descentralización, además, favorece -aunque no garantiza- que las ONG que trabajan conciente y eficientemente gocen de reconocimiento previo por parte de las autoridades locales y que sean convocadas a trabajar en conjunto cuando éstas deciden atender alguna problemática nueva en la que la ONG tiene mayor experiencia. Muchos casos responden a este modelo, pero en otros, también se registra un desconocimiento total por parte de las autoridades acerca de qué organizaciones civiles existen y a qué se dedican, haciendo falta en estos casos un trabajo de presión o de difusión por parte de las ONG. En muchos de los casos, las autoridades han llegado a conocer por esta vía a las ONG y ello ha redundado en beneficios mutuos.

4. Otra condición fundamental, aunque obvia, es la coincidencia de metas de corto plazo entre ambas partes, más allá del énfasis que cada una ponga en las metas de largo plazo. Por lo general las autoridades están tomando conciencia muy recientemente de la problemática de la mujer -gracias, en gran medida, a la labor que las ONG vienen realizando-, y a diferencia de éstas, su meta final puede no ser el empoderamiento y la equidad de género; sin embargo, las acciones comunes en pro de metas de corto alcance compartidas, pueden -y este era un requisito para documentar los casos-, favorecer el objetivo de la equidad.

5. Otra de las condiciones favorables que ha sido mencionada por muchos de los funcionarios entrevistados, es la «mística de trabajo y la capacidad para hacer rendir los recursos» que las organizaciones de mujeres han demostrado tener. Esta es una condición favorable en primera instancia, para alentar a las autoridades y financiadoras a seguir apoyando con recursos iniciativas que benefician a la población, en colaboración con ONG. Sin embargo, si el aporte voluntario y gratuito de trabajo por parte de las ONG, se convierte en norma, se generan situaciones de inequidad e insatisfacción, lo que erosiona el vínculo de colaboración. En muchos de los casos, las autoridades han reconocido con agrado y cierta sorpresa, la eficiencia y eficacia de las acciones conjuntas en virtud de este gran aporte de recursos humanos y materiales que las ONG han realizado. Esto demuestra la voluntad y apertura de las organizaciones civiles, y la viabilidad de la colaboración, pero al mismo tiempo llama la atención sobre situaciones de desequilibrio que pueden presentarse si las responsabilidades no son compartidas de manera satisfactoria para ambas partes.

6. Las coyunturas políticas también juegan un papel, especialmente las pre-electorales, momento en el que los partidos políticos buscan establecer plataformas y consolidar alianzas con distintos sectores de la sociedad

civil. En varios de los casos, los proyectos de las ONG han encontrado mayor eco en estas circunstancias que en períodos normales, para iniciar canales de diálogo; sin embargo, muchos de aquellos que ya se habían iniciado se vieron perjudicados en estas circunstancias, dada la incertidumbre sobre la permanencia de las autoridades con las que se establecieron los acuerdos. Una coyuntura extrema en este sentido la constituye el caso de Chiapas, donde el conflicto político-militar impide el establecimiento de acuerdos y de diálogo entre las autoridades y la sociedad civil. Paradójicamente sin embargo, esta misma situación ha llevado a los gobiernos a atender demandas de mucho tiempo atrás en el estado, favoreciendo, al menos en el caso que hemos presentado, a numerosos grupos de mujeres, y dando espacio a una mujer con trayectoria en ONG para impulsar esta iniciativa. En términos generales, las ONG reconocen que una forma de superar los obstáculos para impulsar sus metas ha sido el aprovechar la actual coyuntura de apertura democrática en diversas dimensiones de la vida social, incluyendo las relaciones entre los géneros.

7. Finalmente no podemos dejar de lado un elemento importante que ha surgido en muchos de los casos que hemos documentado: la presencia favorable de un funcionario o funcionaria sensible a la problemática planteada por la ONG. En la mayoría de los casos de este tipo, se trata de funcionarias mujeres que han sido sensibilizadas o que ya eran sensibles hacia temas de equidad de género (por ejemplo en los casos de Querétaro, Chiapas o Puebla), pero también existen hombres que han reconocido la importancia de estos problemas y se han comprometido de manera más personal que institucional con las demandas de las mujeres. Esto demuestra la importancia de continuar con las estrategias de sensibilización, pero a la vez llama la atención sobre la necesidad de institucionalizar más los compromisos, más allá de la importancia personal que adquieran para tal o cual funcionario de turno.

Canales y estrategias viables de comunicación

1. Casi todas las ONG reconocen que el camino del diálogo y la negociación, así como la apertura y la actitud propositiva, son canales por los que se obtienen mayores beneficios que por la vía de la confrontación, la denuncia o el prejuicio hacia las instituciones. Por su parte, los funcionarios reconocen también el hecho de que estas experiencias les han servido para eliminar prejuicios hacia las organizaciones civiles, en especial de mujeres, cuya capacidad para organizarse, trabajar juntas y hacer propuestas serias era subvalorada.

Al mismo tiempo, una estrategia exitosa para salvar las diferencias de lógica y lenguaje entre ambos tipos de organización por parte de las ONG, fue la de presentar las propuestas de forma sustentada y seria.

2. Muchas de las ONG participantes reconocen haber tenido que recurrir alternativamente a distintos interlocutores o instituciones como estrategia de diálogo, hasta dar con uno con mayor apertura. Sin embargo, para garantizar la sostenibilidad de los acuerdos de colaboración resultó decisivo el hecho de que exista un convenio formal, consensado por ambas partes. Si bien este tipo de formalización no es un requisito indispensable en los casos en que existe un nivel de confianza, de voluntad política y de apertura al diálogo suficientes -como es el caso de muchas de las experiencias registradas-, los casos donde estos elementos comenzaron a debilitarse -fundamentalmente por el cambio de interlocutores-, demostraron la necesidad de contar con una garantía mínima de continuidad a través de convenios elaborados de común acuerdo por ambas partes.

3. Otros tipos de formalización como por ejemplo la creación de comités inter-institucionales, funcionó donde hubo voluntad suficiente como para mantenerlos y donde los procesos de toma de decisiones resultaron suficientemente transparentes para todos los

participantes. En otros casos, se comenzó la interlocución desde estas instancias, pero luego se continuó por vías alternativas, por ejemplo grupos voluntarios o alianzas estratégicas entre varias organizaciones gubernamentales y no gubernamentales interesadas en cierta problemática (como el Grupo Poblano en el caso del SIDA, el Grupo Plural pro Derechos de las Mujeres en Colima, entre otros).

4. A la inversa, la formalización tampoco es suficiente si no existe la sensación de una mutua actitud de reciprocidad, más allá de los acuerdos formales establecidos. Es el caso del acuerdo entre el Centro Regional del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CNCA) y el grupo Feminista 8 de Marzo en Chihuahua, donde ambas organizaciones colaboraron desinteresadamente en actividades organizadas por la otra, sin que éstas formaran parte de los convenios firmados. En este sentido, el intercambio de experiencias resultó un canal muy positivo en favor de la interlocución.

5. Una estrategia que resultó positiva en algunos casos, aunque no en la mayoría, fue la de invocar los acuerdos de El Cairo como herramienta de negociación, especialmente ante funcionarios que ya conocían la existencia de la Conferencia y de los compromisos asumidos por el gobierno con ella. No obstante, es importante destacar que estas mismas experiencias fueron en muchos casos el canal principal para que el sector gubernamental tomara conocimiento y compromiso hacia los mismos.

Principales Obstáculos a la interlocución

1. Entre los principales obstáculos figuran los frecuentes cambios de autoridades o de funcionarios, que atentan contra la sostenibilidad en el tiempo de los acuerdos. Este hecho, que provoca retrocesos o estancamientos en el proceso de diálogo, es otro elemento clave para sostener la necesidad de formalizar las relaciones de colaboración.

2. En algunos casos, la elaboración de un convenio se vio obstaculizada por cuestiones jurídicas, reglamentarias o administrativas menores, lo que pudo superarse con voluntad de ambas partes para negociar y hacer modificaciones. Para ello se tuvo que reconocer que las contrapartes tienen lógicas distintas de funcionamiento e intereses no siempre coincidentes, mismos que en algunos casos tuvieron que negociarse. Un ejemplo es el de la norma oficial para la prevención del cáncer cérvico-uterino, donde se llegó a un resultado de compromiso no satisfactorio en su totalidad para la ONG, pero aceptable.

3. En contrapartida con este mismo punto en el apartado de condiciones favorables, un obstáculo frecuente surgió cuando no existen funcionarios, otras instancias de planeación u organizaciones vinculadas, que tengan perspectiva de género, incluidas algunas mujeres que integran los consejos. Esto requiere de un mayor trabajo de sensibilización y/o presión.

4. En el orden personal pero también institucional, se presentaron obstáculos cuando existió pesimismo hacia la posibilidad de llevar a cabo acciones conjuntas, dada la poca flexibilidad para pensar en alternativas distintas a las experiencias pasadas. Muchos funcionarios reconocen haber tenido que hacer un esfuerzo para aceptar la propuesta de una ONG debido a malas experiencias con otras ONG más «confrontadoras» y menos propositivas en el pasado. En otros casos, el funcionario reconoció ser producto de una «cultura machista», misma que la insistencia de las mujeres le ayudó a revisar y criticar (por ejemplo en varios de los casos de interlocución con funcionarios del Ministerio Público).

5. Otro obstáculo que surgió en menor medida fue la dificultad para ajustar las propuestas de las ONG a la convocatoria de los programas del gobierno, debido nuevamente a sus diferentes lógicas y metas. Este obstáculo sin embargo resultó salvable en todos los casos, demostrando flexibilidad por ambas partes.

III. Conclusiones y algunas lecciones aprendidas

A partir de los casos registrados podemos constatar la importancia de la formalización de los acuerdos para garantizar la sostenibilidad de la colaboración. Esto se hace evidente al notar la vulnerabilidad que tienen los acuerdos cuando no está asegurado un compromiso personal por parte de los funcionarios.

Este compromiso resultó ser un factor clave en muchos de los casos, y también la importancia de los contactos personales o informales previos a cualquier acuerdo formal.

Al analizar algunas de las variables contextuales que suponíamos incidían de algún modo en el éxito de la interlocución, encontramos que la tendencia política de la institución gubernamental no tenía un peso importante, ya que existen casos exitosos de interlocución con gobiernos de los tres partidos principales en México.

Tampoco tiene una importancia clave el sector o tipo de institución con la que se estableció el vínculo, ya que si bien la mayoría de las experiencias que denominamos «de colaboración» muestran una ligera concentración en el sector salud, también las hay con instituciones de educación, población, desarrollo, asistencia, cultura y derechos humanos, así como con distintos niveles del gobierno. El género del funcionario/a con quien se inició la relación sí tiene alguna importancia, ya que éste fue un elemento clave del éxito de la interlocución, en la mayoría de los casos se trató de funcionarias mujeres. Resulta ilustrativo el ejemplo de Sonora en el que el Grupo Plural pro derechos de las Mujeres logró que éstas se unieran más allá de los intereses de sus respectivos partidos políticos para luchar por una reivindicación de género.

Otro elemento clave resultó ser la importancia para las ONG de conectarse con otras y formar redes de apoyo. Esto no sólo es una estrategia viable para ellas sino también una garantía de confiabilidad para las instituciones gubernamentales.

Estas experiencias han servido para clarificar aún más lo que significa la colaboración, y para reafirmar la necesidad de continuar por esta vía. Queda más claro que la colaboración es un proceso de mutuo reconocimiento al trabajo que ambas partes desarrollan, ya que como señalan los entrevistados, «finalmente ninguna de las partes puede hacerlo todo, cada una puede trabajar por su parte y en las tareas coincidentes invitarnos mutuamente para llevarlas a cabo, de hecho a partir de este proyecto se nos ha invitado a participar en varias de sus actividades» (entrevista con el Colectivo Feminista Encuentro de Mujeres, de Querétaro).

Se percibe del mismo modo una mayor voluntad política en algunas de las actuales administraciones, según los miembros de las ONG entrevistados. Las autoridades reconocen la necesidad de la colaboración al señalar la importancia de «contar con la colaboración permanente y sistemática de organizaciones no gubernamentales para el análisis y discusión de los diversos problemas sociales que sirvan de base en la creación de leyes» (entrevista con un asesor de la Legislatura del Congreso de Chihuahua), o también que «sociedad civil e instituciones se necesitan... [ya que] nos dimos cuenta de muchas realidades y casos por este acercamiento a la ONG y cada quien asumió sus responsabilidades» (entrevista con la jefa de la Unidad de Proyectos y Documentación de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Querétaro); «la ONG conoce más la problemática de la ciudad que la institución misma» (DIF de Tijuana, Baja California); finalmente, muchos funcionarios afirmaron

estar «convencidos de la importancia de las ONG serias y consecuentes dentro de la sociedad civil» (entrevista con el Secretario Técnico del COESPO de Puebla).

Las personas entrevistadas en nuestro estudio reconocen que las experiencias en las que han participado las han impulsado a replicar y extender el trabajo conjunto hacia otras instancias y regiones del país. El Grupo Plural pro Derechos de las Mujeres de Sonora se propone promover leyes electorales similares en todos los estados de la República y el COVAC, a partir de esta experiencia ha establecido acuerdos con el gobierno del DF para abrir y promocionar las Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar, para dar sólo unos ejemplos. En esta línea, el subsecretario de atención médica de la Secretaría de Salud de Sonora también ha expresado la necesidad de «contar con más centros de atención como éste no sólo en la ciudad de Hermosillo sino también en otras ciudades del estado».

Los casos que hemos documentado -de los que aquí sólo estamos ofreciendo una breve síntesis- representan apenas una muestra de lo que está comenzando a suceder en el país en relación con los procesos de interlocución entre el gobierno y la sociedad civil. Son ejemplos concretos de que es posible la instrumentación práctica de los acuerdos de El Cairo en colaboración entre instancias gubernamentales y no gubernamentales así como financiadoras, en propuestas que permiten alcanzar la meta de la equidad, si se tiene la voluntad política necesaria para avanzar en este proceso.