

Las Organizaciones  
No Gubernamentales mexicanas  
y la salud reproductiva

Soledad González Montes  
Coordinadora



301.153  
Or68

EL COLEGIO DE MÉXICO



**LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES  
MEXICANAS Y LA SALUD REPRODUCTIVA**

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS  
Y DE DESARROLLO URBANO  
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS  
PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER  
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

El proceso de evaluación de este libro estuvo a cargo de la  
Coordinación de Publicaciones del Centro de  
Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano

LAS ORGANIZACIONES  
NO GUBERNAMENTALES MEXICANAS  
Y LA SALUD REPRODUCTIVA

*Soledad González Montes*  
Coordinadora



EL COLEGIO DE MÉXICO

301.153

Or68

Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva / Soledad González Montes, coordinadora.— México : El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, 1999.  
193 p. ; 22 cm.

ISBN 968-12-0939-7

1. Organizaciones no gubernamentales-México.  
2. Natalidad, Limitación de la-México. 3. Salud pública-Aspectos sociales-México. 4. Población-investigación-México. I. González Montes, Soledad, coord.

Diseño de Irma Eugenia Alva Valencia

Ilustración: *Mujeres de fin de siglo*,

Tomás Gómez Robledo, Técnica mixta

Primera edición, 1999

D.R. ©El Colegio de México

Camino al Ajusco 20

Pedregal de Santa Teresa

10740 México, D. F.

ISBN 968-12-0939-7

Impreso en México

## ÍNDICE

Presentación y agradecimientos, <i>Soledad González Montes</i>	11
Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México, <i>Soledad González Montes</i> 4/19/81 -	15
Introducción: la construcción del campo de la salud reproductiva en México y sus protagonistas	15
Las contribuciones del feminismo a la definición de los derechos sexuales y reproductivos	19
De la planificación familiar a la salud reproductiva: el papel de las agencias internacionales en la historia de la construcción de un nuevo campo conceptual, de investigación e intervención	22
Sexualidad y educación sexual	33
La maternidad voluntaria y los derechos reproductivos	34
Violencia sexual y doméstica	36
Maternidad sin riesgos	37
Trabajo en relación con el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	37
Políticas de población, planificación familiar, calidad de la atención en salud y derechos reproductivos	38
Participación de las ONG en redes y foros internacionales	42
Bibliografía	47
El trabajo de las ONG en el campo de la sexualidad y la educación sexual, <i>María Teresa Pérez Vázquez</i> 1/1/91 82 -	53
Educación sexual y planificación familiar en México	54
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam)	57
Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES)	61
Centro de Orientación para Adolescentes (CORA)	65
Bibliografía	73
La experiencia de las ONG en el trabajo sobre violencia sexual y doméstica, <i>Irma Saucedo González</i> 1/1/1983 -	75

Introducción	75
Mayor visibilidad del problema de violencia doméstica, avances en la discusión sobre delitos sexuales y violación e impacto en el discurso del Estado y en la elaboración de políticas públicas (1985-1995)	80
Bibliografía	93
Las ONG que trabajan sobre el SIDA y las mujeres, <i>Ana María Hernández y Esther Casanova</i> 4449/85	97
Presentación	97
Las Organizaciones No Gubernamentales: su trabajo en el tema del SIDA y las mujeres	104
Población destinataria	109
Algunos modelos de capacitación en información y prevención del SIDA	110
Educación para la prevención	112
La participación en trabajos de investigación	113
Presión política	114
Servicios	115
Bibliografía	121
La Iniciativa Por Una Maternidad Sin Riesgos en México, <i>María del Carmen Elu</i> 4449/86	125
Introducción	125
Antecedentes	126
El Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México (CPMSR)	128
Actividades realizadas (selección)	130
Comentarios finales	136
Algunos desencuentros al normar servicios sobre salud reproductiva: un apunte desde la experiencia de las Organizaciones No Gubernamentales, <i>Juan Guillermo Figueroa Perea</i> 4449/87	139
El sentido de la interacción entre las instituciones gubernamentales y las ONG	139
Elementos para un marco de referencia	144
La definición de normas en México	145
La Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar: un caso de normatividad desde la dimensión gubernamental	150
Experiencias de esfuerzos de las ONG por influir sobre la normatividad	159

Expectativas y propuestas para la interacción entre ONG e IG en el ámbito de la salud reproductiva	166
Bibliografía	169
La Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, <i>Montserrat Salas Valenzuela</i> 4/19/88	173
La construcción de redes de grupos de mujeres	173
Del fortalecimiento interno a la proyección pública	181
Perspectivas	191
Bibliografía	193



## PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Este libro recoge una parte de la historia de la llamada “sociedad civil organizada” mexicana: la que se refiere a las actividades y propuestas de un conjunto de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que en la década de 1990 han convergido en torno al campo de la salud reproductiva. El objetivo es dar a conocer la labor que realizan estas ONG, difundir al menos una parte de su rica experiencia, sus propuestas y aportes. Ésta no es tarea fácil pues se trata de una historia que se está haciendo, es una historia viva, con novedades constantes. Nada mejor, entonces, que pedir que trazaran esta historia a personas que son o han sido protagonistas del trabajo de algunas de estas ONG —en calidad de fundadoras, miembros o colaboradoras— o que están muy cercanas a ellas.

Esther Casanova, Ana María Hernández y Montserrat Salas forman parte del equipo de Salud Integral Para la Mujer (Sipam). También participan muy activamente en la Red para la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, al igual que María del Carmen Elu, coordinadora de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos. Juan Guillermo Figueroa y Teresa Pérez Vázquez pertenecen al Programa Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) de El Colegio de México. Teresa trabajó un tiempo en el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA). La voz de Juan Guillermo Figueroa siempre está presente en los foros relacionados con los derechos reproductivos. Irma Saucedo pertenece simultáneamente al PSRS y al Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM); fue cofundadora del Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer (Cicam) y en la actualidad coordina el Grupo de Trabajo sobre Violencia y Salud.

Se trata, por lo tanto, de visiones comprometidas con el objeto de estudio. La intención no fue hacer una evaluación o balance del trabajo de las ONG, pues eso hubiese requerido de una metodología específica. Por otro lado, una historia más completa hubiera implicado un estudio sistemático de los aportes de muchas otras ONG, en particular de su trabajo en los estados. Aquí lo que intentamos es iniciar, por medio de un conjunto heterogéneo de testimonios y análisis, una contribución a la memoria y a la reflexión sobre lo que han hecho y están haciendo ONG que trabajan sobre todo con mujeres (aunque no exclusivamente), las principales áreas del campo de lo que ahora se llama “salud y derechos reproductivos”.

Los antecedentes de este libro se encuentran en los primeros pasos que se dieron en 1991 para sentar las bases del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, creado con el apoyo de la Fundación Ford. En ese entonces, quienes formamos parte del equipo que formuló el proyecto para la creación del Programa, acordamos que era necesario contar con un panorama de los recursos que existían en México sobre temas relacionados con la salud reproductiva. Con este propósito se realizaron diagnósticos sobre la situación de la investigación y la docencia en México. Vivianne Brachet es la autora del estudio "La investigación en salud reproductiva en México", publicado en la serie *Reflexiones* en 1995. Susana Lerner preparó el documento "La docencia en salud reproductiva en México" con la colaboración de Paulina Grobet, aparecido el mismo año, también en *Reflexiones*.

Consideramos también de gran importancia conocer las propuestas que diversas organizaciones no gubernamentales venían desarrollando en este campo. En efecto, la reunión convocada por el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, de la cual resultó el primer *Directorio de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en beneficio de la mujer* (El Colegio de México, 1988), demostró que muchas de las organizaciones del movimiento amplio de mujeres, eran pioneras en el trabajo con la población sobre temas relacionados con lo que posteriormente se llamó "salud reproductiva".

El *Diagnóstico sobre las ONG que trabajan en el campo de la salud reproductiva* se realizó con la colaboración de Dora Cardaci (Universidad Autónoma Metropolitana), Gabriela Hita (PIEM) y Lucy Krauss. Este equipo trabajó con base en una serie de cuestionarios que enviamos a las ONG, con entrevistas a sus dirigentes y a funcionarios de instituciones de salud pública. El diagnóstico resultante fue útil para las actividades que desde sus inicios llevó adelante el Programa Salud Reproductiva y Sociedad, y en particular la Coordinación de Comunicación e Intercambios, a cuyo cargo estuve de 1991 a 1994, con el apoyo de Teresa Pérez Vázquez. Para profundizar y actualizar la información del diagnóstico, ambas realizamos entrevistas adicionales a las siguientes personas: Lucy Atkin (Fundación Ford); Ximena Bedregal (Cicam); Esther Corona, Asociación Mexicana de Educación Sexual, A. C. (AMES); Patricia Duarte, Colectivo de Lucha Contra la Violencia hacia las Mujeres (Covac); Bárbara García Colomé, Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (Cecovid); Eugenia Flores, Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular, A. C. (Produssepe); Amelia Hernández, Asociación Popular de Integración Social, A. C. (APIS), Pilar Muriedas (Sipam); Gabriela Rodríguez, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

(Mexfam); Marcos Velasco (CORA); Laura Vilchis, Equipo de Mujeres en Acción Solidaria, A. C. (EMAS)./

Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a todas las personas mencionadas y a quienes generosamente contribuyeron con sus ideas, su tiempo y su valiosa experiencia al proceso de preparación de este libro. Muy importante fue el aliento de Susana Lerner, quien desde la coordinación del Programa nos brindó sus consejos y útiles sugerencias. Verónica Devars transcribió las entrevistas con Maricruz Arredondo y además me apoyó siempre con gran pericia en las múltiples labores que involucra una obra de este tipo en todas sus fases. Esperanza Rojas y Camelia Romero colaboraron con la búsqueda de información por medio de la Unidad de Documentación del PIEM. Conste también nuestra gratitud a las dos personas que elaboraron dictámenes anónimos de este volumen, pues sus recomendaciones fueron de gran utilidad para mejorarlo.

Finalmente, queremos dedicar este libro a todas las personas que han puesto su inteligencia, su creatividad, sus enormes energías y compromiso, en el empeño por mejorar la condición de las mujeres en nuestra sociedad desde el trabajo que realizan en las Organizaciones No Gubernamentales.

SOLEDAD GONZÁLEZ MONTES  
*Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer*



# LOS APORTES DE LAS ONG A LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO

SOLEDAD GONZÁLEZ MONTES<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN: LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO Y SUS PROTAGONISTAS<sup>2</sup>

El concepto "salud reproductiva" comenzó a utilizarse en Estados Unidos en la segunda mitad de la década de 1980 para designar una nueva manera de abordar la reproducción humana y la salud de las mujeres. Se refiere tanto a un enfoque teórico y metodológico novedoso como a los proyectos de aplicación práctica que de él se derivaron.<sup>1</sup> Su origen fueron viejas y persistentes preocupaciones por el crecimiento demográfico en el tercer mundo, reelaboradas e integradas en un campo conceptual más amplio y complejo que retomó ideas del pensamiento feminista, las experiencias de los movimientos de mujeres, la investigación en ciencias sociales, y las experiencias de los programas y acciones en el campo de la planificación familiar.<sup>3</sup>

En México la noción de la salud reproductiva fue introducida a principios de los noventa y muy rápidamente se incorporó a una serie de espacios académicos y gubernamentales.<sup>4</sup> Al mismo tiempo, un conjunto de organizaciones que venían trabajando diversos aspectos que atañen a la salud, especialmente con mujeres de sectores populares, comenzó a utilizar los conceptos de la salud reproductiva y los integró a las activida-

<sup>1</sup> Profesora-investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

<sup>2</sup> Agradezco a Susana Lerner, Carlos Marichal, Claire Brindis y Xóchitl Castañeda sus comentarios a una versión anterior de este ensayo. A Juan Guillermo Figueroa, el material documental que me proporcionó, con valiosas sugerencias.

<sup>3</sup> Sobre los orígenes y desarrollo de la propuesta de la salud reproductiva, véase Sai y Nassim (1989), Germain y Ordway (1989), Correa (1993), y Sen *et al.* (1994). Para una discusión de la salud reproductiva como un nuevo enfoque y una propuesta teórico-metodológica, Salles y Tuirán (1997).

<sup>4</sup> La obra compilada por Soberón *et al.* (1988) sobre la salud en México, muestra que el concepto de salud reproductiva se desconocía aquí a mediados de los ochenta. Urbina *et al.* (1992) y Alarcón *et al.* (1993), refieren su incorporación al sector público.

des que realizaba. ¿Por qué lo hicieron?, ¿qué ha implicado para estas organizaciones hacerlo?, y ¿cuál es el papel que han tenido en la construcción de la salud reproductiva como proyecto de transformación social? Este capítulo introductorio intenta responder a estas preguntas presentando un panorama general del contexto en el que un conjunto de ONG hace sus propuestas y aportes.

Con el propósito de hacer un recorrido por el complejo y dinámico proceso de construcción del campo de la salud reproductiva en México en la década de los noventa, empezaré por revisar el papel de los principales protagonistas que procuran ejercer su influencia para definir y redefinir lo que es o debiera ser la salud reproductiva. Estos protagonistas tienen orígenes e intereses diversos, de modo que actúan desde posiciones y objetivos también diversos. Parto, entonces, de una premisa: no todas las personas, instituciones y organizaciones que utilizan el concepto de salud reproductiva conciben su significado de la misma manera.

Los lectores de estas páginas observarán que si bien hay un consenso general respecto a que la salud reproductiva incluye la salud materno-infantil, la planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el énfasis que las ONG feministas ponen en el trabajo sobre los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a la terminación de embarazos no deseados, no necesariamente es compartido por otras organizaciones e instituciones.

No hay una única definición de la salud reproductiva y sí múltiples proyectos en torno a ella. Se trata, por lo tanto, de un campo inestable y en disputa porque involucra cuestiones fundamentales de nuestra sociedad: la salud, la reproducción, las relaciones de poder, las inequidades entre los géneros, los derechos y la participación en la toma de decisiones. Sobre estas cuestiones a veces hay coincidencias entre protagonistas, lo que permite que establezcan formas de colaboración entre sí, y a veces hay discrepancias que pueden generar conflictos. Este capítulo, al igual que los demás de este libro, intenta describir los puntos más relevantes de esas coincidencias y discrepancias.<sup>5</sup>

Los protagonistas que considero en este capítulo son, por un lado, el feminismo y el movimiento amplio de mujeres, con una larga tradición de trabajo en lo que más tarde se rebautizó como derechos sexuales y reproductivos; por el otro, el Estado, ya que buena parte del accionar de las ONG lo tiene como referente central, sea para exigirle que modifique sus políticas, sea para que abra nuevos servicios o que mejore los que ya

<sup>5</sup> Indudablemente las instituciones y organizaciones que trato en este capítulo no siempre son homogéneas ya que pueden tener diferentes posiciones en su interior, pero analizar estas diferencias escapa a las posibilidades y objetivos del presente ensayo.

ofrece. A estos sujetos sociales se agrega otro que no podemos dejar fuera del análisis porque ha tenido un papel clave: las instituciones internacionales que contribuyen a la definición del campo de la salud reproductiva al promover por medio de su apoyo financiero tanto la investigación académica como los programas de intervención.

Las investigaciones académicas también han tenido una indudable importancia en la configuración del campo de la salud reproductiva. Sin embargo, sólo me referiré a ellas de manera tangencial y en función de su utilización por parte de los proyectos de acción e intervención que aquí se discuten, pues éstos constituyen el foco de interés de este libro.

El universo de estudio de este libro son las ONG mexicanas que se incorporaron al campo de la salud reproductiva una vez que éste comenzó a definirse como área específica de intervención, a principios de los años noventa. En México, de manera semejante a lo que ocurrió en otros países de América Latina, fueron sobre todo las ONG que trabajaban con mujeres las que respondieron con mayor entusiasmo a la propuesta inicial de la salud reproductiva, porque —como veremos más adelante— ésta recogía aspectos importantes de sus demandas y de las actividades que ya realizaban.<sup>6</sup>

¿Quiénes forman parte de las ONG mexicanas que trabajan con mujeres? Un estudio de María Luisa Tarrés (1996), con base en información acerca de casi cien ONG dedicadas a la mujer, muestra que son organizaciones constituidas sobre todo por profesionistas con un alto grado de calificación académica, que dan servicios diversos de apoyo técnico, organizativo o ideológico a sectores populares, dirigidos a promover los intereses de las mujeres desde una perspectiva de género. En efecto, las integrantes de estos grupos tienen un fuerte compromiso personal con la lucha contra la subordinación de las mujeres. Cerca de la mitad de los servicios que ofrecen las ONG analizadas por Tarrés constan de

[...] *talleres de capacitación*, orientados a la formación de grupos de autoayuda en áreas que lo soliciten, aunque en la práctica se les oriente a participar alrededor de los temas de salud, producción y trabajo, violencia y género. En 23% de las ONG [analizadas] el servicio se ofrece bajo la forma de *atención médica, psicológica o legal* y en 21% se apoyan y promueven *proyectos de desarrollo* destinados al sector campesino e indígena, a colonias urbanas y trabajadoras, a las mujeres en general o a categorías específicas, como adolescentes, lesbianas, de la tercera edad y prostitutas. (Tarrés, 1996: 19.)

<sup>6</sup> Véase Talamante *et al.* (1994), Red Mundial de Mujeres (1991), Solimano y Salinas (s.f.).

Cuando hablamos específicamente de ONG vinculadas al trabajo sobre salud reproductiva, estamos hablando de una amplia gama de posibilidades en cuanto a la población con la que trabajan, sus filosofías, metodologías, tamaños, etc. La mayoría es de reciente creación: un directorio de ONG que trabajan en beneficio de las mujeres, indica que sólo un tercio de las dedicadas a cuestiones vinculadas con la salud reproductiva, se fundó antes de 1985.<sup>7</sup> Muchas no lograron institucionalizarse y, sea porque no alcanzaron a consolidar una base de financiamiento mínima o por razones de otra índole, tuvieron una vida efímera.

Lo que podríamos llamar "el núcleo" del universo de estudio de este libro son las ONG que forman parte de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, que agrupa a 19 organizaciones. Que no todas trabajan exclusivamente con mujeres lo demuestra el hecho de que entre ellas se cuenta el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias (Coriac). Por estar localizadas en la capital de un país con un sistema político e institucional muy centralizado, estas ONG son las que están en mejor situación para ejercer influencia y liderazgo y, por lo tanto, son las más visibles y conocidas hasta ahora. Esto no significa, desde luego, que la labor que realizan las ONG en los estados sea menos importante. Para dar un ejemplo, 18 de las 30 ONG dedicadas al trabajo sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que analizan Ana María Hernández y Esther Casanova en el capítulo a su cargo, tienen sus sedes en diferentes estados de la República.

Aunque desde luego no todas las ONG que trabajan en salud se declaran feministas, en términos generales se puede decir que del feminismo se derivan concepciones fundamentales que orientan la filosofía, aspectos de la metodología de trabajo y los objetivos de la mayoría.<sup>8</sup> Por esta razón y para introducir este panorama fluido y complejo, he creído oportuno comenzar por subrayar las contribuciones del feminismo y los movimientos de mujeres a una serie de ideas centrales en el proyecto de la salud reproductiva. Posteriormente ubicaré el surgimiento de la salud reproductiva como nuevo campo conceptual, de investigación e intervención propuesto desde instituciones internacionales. La siguiente sección presenta un panorama sintético de la adopción del concepto de salud reproductiva por el gobierno mexicano y su incorporación a instituciones y programas públicos. A partir de este punto, las secciones que siguen dan un panorama de los aportes de las ONG a los aspectos más importantes de la salud reproductiva, tanto desde el punto de vista de

<sup>7</sup> PIEM, Directorio (1993), Saucedo (1993).

<sup>8</sup> Saucedo (1993), Cardaci (1995).

los modelos de atención y trabajo que han desarrollado, como desde sus propuestas para modificar la legislación y la acción del Estado.

#### LAS CONTRIBUCIONES DEL FEMINISMO A LA DEFINICIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La conexión que el paradigma de la salud reproductiva establece entre la reproducción y la salud, mediada por la posición subordinada de las mujeres y los obstáculos a su autonomía, proviene de ideas tomadas de las principales banderas del feminismo, que han estado ineludiblemente ligadas a la reproducción, por el peso y significado de la maternidad en la condición femenina. El derecho al control sobre el propio cuerpo y la sexualidad, el derecho a la información oportuna para poder tomar decisiones sobre tener o no tener hijos, el derecho a servicios médicos públicos de calidad y accesibles para toda la población para poder llevar adelante las decisiones que se toman, incluyendo la terminación de embarazos no deseados, han estado y siguen estando entre las reivindicaciones centrales y permanentes del movimiento feminista, junto a las que se refieren a los derechos cívicos de las mujeres.<sup>9</sup>

Las propuestas feministas afirman como uno de sus puntos centrales la necesidad de aplicar "un enfoque de género" al análisis de la realidad social y a los programas que se lleven adelante, que dé reconocimiento a las diferencias y desigualdades entre los géneros. La razón es que tanto la subordinación de la mujer como su reverso, la construcción de una masculinidad dominante, agresiva, están en la base de la forma en que uno y otro sexo se enferma, así como de sus actitudes hacia la salud, el autocuidado, la prevención, la reproducción y la sexualidad.<sup>10</sup>

Las contribuciones del feminismo al desarrollo del paradigma de la salud reproductiva son múltiples y se sustentan en la larga historia de movilización de las mujeres por sus derechos, tanto en el ámbito internacional como nacional. Fueron las presiones ejercidas por estos movimientos las que obligaron a los organismos multilaterales y a los gobiernos a modificar sus agendas para tomar en cuenta e incorporar las demandas de las mujeres.<sup>11</sup> Por otra parte, desde principios de la década

<sup>9</sup> Sen, Germain y Chen, 1994.

<sup>10</sup> Sai y Nassim (1989), Szasz (1995). Sobre las contribuciones de la teoría feminista al análisis de los procesos de salud enfermedad y a la sociología médica, véase Castro y Bronfman (1998).

<sup>11</sup> Véase Blumberg (1991); Kardam (1991); United Nations Population Fund (1991); Organización Panamericana de la Salud (1993); Sen, Germain y Chen (1994).

de 1970 un conjunto de investigaciones académicas de orientación feminista contribuyeron a demostrar que las diferencias e inequidades de género son un componente central en las relaciones sociales de nuestras sociedades, y por lo tanto, no pueden quedar fuera de los análisis. Estudios como los de Esther Boserup, Rae Blumberg, Mayra Buvinic y Caroline Moser han tenido una influencia sustancial en los discursos, las políticas y programas de instituciones como el Banco Mundial, Naciones Unidas y diversas agencias multilaterales para el desarrollo, en las cuales varias de estas investigadoras fungieron o fungen como expertas asesoras (*consultants*) e incluso como funcionarias. Éste es el origen de las ideas en torno a que los programas de desarrollo y de salud deben tener “un enfoque de género” y fomentar la autonomía de las mujeres y apoyarlas para que adquieran mayor poder.<sup>12</sup>

En qué medida y cómo estas ideas se llevan a la práctica, o hasta donde se han convertido en parte de un discurso burocratizado, puede ser objeto de estudio y debate. Pero el hecho es que desde que las Naciones Unidas declaró a 1975 el Año Internacional de la Mujer y luego la Década de la Mujer, estas cuestiones se han tenido que incluir en las agendas de los foros internacionales y han dado lugar a programas nacionales.<sup>13</sup>

Por lo que se refiere específicamente a México, el feminismo tiene una larga trayectoria en la que han estado presentes las demandas en torno a la salud y el derecho al control sobre el propio cuerpo. El Primer Congreso Feminista, llevado a cabo en Mérida, Yucatán, en 1916, es un antecedente temprano en este sentido. Allí la ponencia de Hermila Galindo, por ejemplo, exigió igualdad para las mujeres en el plano sexual y educación sexual en las escuelas.<sup>14</sup> Dos décadas más tarde, el Frente Único Pro Derechos de la Mujer, creado en 1935 sobre la experiencia organizativa previa, convocó a miles de mujeres de casi todos los sectores sociales y de todo el país, e incluyó entre sus demandas, cuestiones referidas a la salud femenina, aunque en segundo plano respecto al peso que tenían entonces la reivindicación de los derechos cívicos —en particular el derecho al voto y a ocupar cargos públicos— y los derechos laborales y sindicales.<sup>15</sup>

Esta segunda época de movilizaciones concluyó con la incorporación de las mujeres organizadas al sector popular del partido oficial (el

<sup>12</sup> Germain y Ordway (1989), Sen, Germain y Chen (1994), United Nations Population Fund (1991).

<sup>13</sup> Un aspecto interesante aún por estudiar es el de las influencias que han ejercido los organismos multilaterales sobre los gobiernos latinoamericanos para que adopten “el enfoque de género” en sus programas.

<sup>14</sup> Soto, 1990, p. 74.

<sup>15</sup> Tuñón, 1992.

Partido de la Revolución Mexicana [PRM], fundado en 1938), lo que les significó "su control efectivo [por parte del gobierno] y su virtual desaparición como movimiento social amplio en los años siguientes".<sup>16</sup>

Una tercera época comenzó en los años setenta, con el paulatino desarrollo de un nuevo Movimiento Amplio de Mujeres, en el que Tuñón (1997) identifica tres núcleos diferenciados, entre los cuales desde luego no hay delimitaciones rígidas y sí muchos traslapes: feministas, activistas de los sectores populares y militantes de partidos políticos. Se trata de un movimiento heterogéneo, complejo, sin instancias directivas formales, "con una capacidad de movilización que responde a los ritmos de auge y reflujo de sus propias demandas".<sup>17</sup> Entre las demandas centrales del movimiento se encuentran la legalización del aborto y la mayor penalización de la violación y de la violencia hacia las mujeres. En la primera mitad de los ochenta se crearon varias redes en torno a estas demandas, sin que se lograra una articulación efectiva con otros movimientos y organizaciones que permitiera alcanzar una incidencia real sobre las políticas públicas, pues la historia del movimiento ha estado marcada por dificultades y problemas de diversa índole, tanto internos como externos, que ha tomado mucho tiempo y esfuerzo ir superando.<sup>18</sup>

Como se verá a lo largo de este libro, la confluencia de una serie de ONG en el campo de la salud reproductiva en los años noventa, propició que reforzaran sus acciones en favor de hacer efectivo el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. El énfasis que las ONG ponen en estos derechos ha sido una de sus contribuciones más importantes a la definición de la salud reproductiva. El *Boletín del Grupo de Información en Reproducción Elegida* (GIRE, núm. 17, junio de 1998) señala que:

Para las ONG que se ocupan de los derechos reproductivos, éstos comprenden, entre otras modalidades:

- el acceso a información completa de la sexualidad y la reproducción;
- el acceso a información completa de la salud reproductiva y de los beneficios y riesgos de medicamentos, aparatos, tratamientos e intervenciones médicas, incluyendo la esterilización;
- el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos;
- la participación de la mujer en las decisiones relacionadas con su embarazo y parto;
- el tratamiento accesible de la infertilidad;
- el aborto seguro y no punible;

<sup>16</sup> Tuñón, 1992, p. 164.

<sup>17</sup> *Op. cit.*, p. 63.

<sup>18</sup> Lamas, 1992; Tuñón, 1997, pp. 110-113.

- la libertad de expresar la sexualidad en condiciones de seguridad, dignas y placenteras, y
- el derecho a no sufrir violencia, abuso o coerción sexual o corporal.

La mayoría de las ONG mexicanas que trabajan en el campo de la salud reproductiva ha centrado su accionar en la lucha por dar a conocer estos derechos y presionan para que se creen los mecanismos institucionales que permitan llevar a la práctica aquellos que ya existen en la legislación. La defensa del conjunto y de cada uno de los derechos mencionados, marca la medida en que se toman en cuenta los intereses de las mujeres como seres humanos integrales y como ciudadanas completas. Y en este sentido, para las ONG feministas que trabajan en el campo de la salud reproductiva sus actividades son parte de un programa más amplio por mejorar la condición de las mujeres en la sociedad.

\*→ DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LA SALUD REPRODUCTIVA:  
EL PAPEL DE LAS AGENCIAS INTERNACIONALES EN LA HISTORIA  
DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO CAMPO CONCEPTUAL,  
DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

La propuesta de vincular la salud de las mujeres y la reproducción en un enfoque o "paradigma" integrador llamado "salud reproductiva", ha tenido un vigoroso desarrollo desde principios de los noventa. Las Naciones Unidas y sus diversas dependencias (la Organización Mundial de la Salud, en primer término), el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, e importantes agencias y fundaciones estadounidenses, han reconocido y adoptado los principales lineamientos de la salud reproductiva y los están promoviendo. Es así como en muy poco tiempo el concepto de salud reproductiva se ha incorporado al discurso y la práctica de diversas instituciones y organizaciones públicas y privadas, internacionales y nacionales.<sup>19</sup>

La rapidez con que fue adoptada la propuesta inicial de la salud reproductiva en México tiene que ver tanto con las características y potenciales de este paradigma —que lo hicieron muy atractivo desde el punto de vista de las ideas que manejaba— como con el hecho de que venía acompañado de recursos económicos para su promoción. En efecto, una vez formulada e introducida la definición inicial de la salud

<sup>19</sup> Véase, por ejemplo, los documentos de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos (1991-1992), la Organización Panamericana de la Salud (1993) y las publicaciones del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

reproductiva como punto de partida, la afluencia de fondos provenientes de diversas instituciones facilitó el rápido desarrollo de este campo por medio de la investigación académica y de los programas aplicados.

Dos instituciones se destacaron por su decidido apoyo a estas actividades: la Fundación Ford y la Fundación MacArthur. La primera abrió un programa específico de salud reproductiva en México dedicado a impulsar este campo en diversos ámbitos. Ha ejercido un notable liderazgo que creo puede atribuirse no sólo a que es la mayor donante de recursos financieros para el desarrollo de investigaciones e intervenciones sobre estos temas, sino también y, fundamentalmente, a que inició su programa en México con una agenda bien definida e integrada para llevar a cabo el conjunto de actividades que se requerían para echar a andar y consolidar un proyecto de gran alcance. En otras palabras, el proyecto se inició con una visión estratégica clara a corto, mediano y largo plazos.

Por lo que se refiere a la Fundación MacArthur, no cuenta con un programa específico sobre salud reproductiva, sino que los apoyos que da a proyectos de este tipo en México, Brasil, India y Nigeria, forman parte de su Programa de Población. Éste se estableció en (1988) "en la búsqueda de nuevas formas para encarar el complejo y cambiante reto que plantea a la humanidad el crecimiento global de la población".

Aquí cabe preguntarnos por qué y cómo en estas instituciones se hizo la transición del interés por la planificación familiar y las preocupaciones por el crecimiento demográfico, a la visión más amplia de la salud reproductiva. Para responder a esta interrogante vale la pena examinar el documento que orientó la apertura del programa de salud reproductiva de la Fundación Ford en México en 1991. Este documento, titulado *Reproductive Health: A Strategy for the 1990's*, explica los argumentos y la lógica que intervinieron en la definición de este nuevo enfoque, al mismo tiempo que sintetiza sus principales propuestas generales.<sup>20</sup> Además, este documento sirvió de base para promover el apoyo financiero a las actividades de investigación en instituciones académicas y a los pro-

<sup>20</sup> Este documento fue preparado inicialmente para ser presentado al Consejo Directivo (*Board of Trustees*) de la Fundación, pero se publicó para un sector más amplio "por la importancia del tema y con la esperanza de que otros donatarios se nos unan en dar apoyo a este enfoque amplio de la salud reproductiva. Sus principales autores son el Dr. José Barzelatto, ex funcionario de la Organización Mundial de la Salud, ahora director del nuevo programa en salud reproductiva, y Margaret Hemple, encargada del programa. Ellos se beneficiaron con los comentarios y sugerencias de otros miembros del equipo de la Fundación y asesores externos". Franklin A. Thomas, Presidente de la Fundación Ford (Fundación Ford, 1991, v-VI).

gramas de intervención que se llevaron a cabo con ONG y organismos gubernamentales.

*Reproductive Health: A Strategy for the 1990's* propone integrar en un mismo marco conceptual cuestiones que previamente habían pertenecido a los campos separados de la medicina y la demografía. Ubica el origen del concepto de salud reproductiva en la preocupación por la relación entre el crecimiento demográfico y las condiciones de pobreza en el mundo:

El rápido crecimiento de la población mundial ha resultado en el masivo aumento en el número de personas que viven en la pobreza, con las mujeres y los niños soportando la mayor parte de la carga. Para el año 2000, 42% de la población mundial tendrá 25 años o menos. El creciente número de niños pondrá presiones sobre la capacidad de las familias y de la sociedad en su conjunto para proveer alimentos, vestido, vivienda, educación y servicios de salud. Los jóvenes tendrán que luchar para encontrar trabajo en sociedades en las que los empleos escasean [...]<sup>24</sup>

Desde esta perspectiva, hay una conexión directa y negativa entre el bienestar de la población y las altas tasas de fecundidad. El crecimiento demográfico es visto como un problema de primer orden, al cual los gobiernos deben dar una respuesta: el control de la fecundidad mediante la planificación familiar.<sup>25</sup> El documento señala que se han hecho avances sustanciales en materia de planificación familiar, pues el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan anticonceptivos en todo el mundo pasó de 9% a 50% en las décadas de 1970-1980. Sin embargo, sigue habiendo diferencias considerables entre regiones, y buena parte del mundo en desarrollo sigue teniendo elevadas tasas de fecundidad.

El documento de la Fundación Ford señala que los estudios realizados en los ochenta sugieren que la solución al problema del crecimiento demográfico no estriba exclusivamente en expandir la oferta de los servicios de anticoncepción. Estas investigaciones demuestran que la discriminación hacia las mujeres, su estatus subordinado y sus condiciones de vida, sobre todo en los sectores más pobres de la población, son factores fundamentales en su habilidad y deseo de controlar su fecundidad. Las mayores tasas de pobreza y analfabetismo de las mujeres respecto a los hombres, su menor acceso a trabajos remunerados y al cuidado de la salud, son factores que influyen sobre "su sentido de seguridad y en consecuencia afectan sus decisiones reproductivas. Las familias grandes se ven como fuentes de seguridad económica y social". De manera inversa,

<sup>24</sup> Fundación Ford, 1991, p.1. La traducción es mía.

<sup>25</sup> La bibliografía que critica diversas variantes de este modelo y que propone modelos explicativos alternativos a la pobreza, es abundante. Véase, por ejemplo, Hartmann (1995) y Sen (1992).

las mejoras en la educación femenina, en sus oportunidades de obtener ingresos y en su salud, se asocian con la disminución de las tasas de fecundidad (*op. cit.*, p. 9).

El "enfoque de la salud reproductiva" intenta superar las limitaciones de los enfoques demográficos reduccionistas y se propone como una respuesta a los problemas mencionados.<sup>26</sup> El desafío es:

[...]lograr un compromiso de los gobiernos y de la sociedad para mejorar la salud reproductiva, que debe ser entendida como: 1) la capacidad de la población de reproducirse y regular su fecundidad; 2) la posibilidad de que las mujeres tengan embarazos y partos seguros; 3) el logro de embarazos exitosos en términos de la sobrevivencia y el bienestar de la madre y la criatura, y 4) la capacidad de las parejas para tener relaciones sexuales libres del temor a un embarazo no deseado y a contraer enfermedades.<sup>27</sup>

Esta definición de la salud reproductiva incluye, por lo tanto, la salud materno-infantil, la planificación familiar, la sobrevivencia y el desarrollo infantil, y el control de las enfermedades sexualmente transmitidas.

Las mujeres quedan nuevamente en el centro del proyecto por mejorar la salud reproductiva, que "sólo puede lograrse comprometiéndolas en la creación y evaluación de programas" (p. 20). Con el objetivo de contribuir a que las mujeres tengan mayor poder y que participen activamente en la promoción y cuidado de su salud reproductiva se proponen tres estrategias: 1) apoyar actividades comunitarias ligadas a la salud y los derechos reproductivos; 2) apoyar el desarrollo de modelos de cuidado de la salud reproductiva centrados en las mujeres, y 3) apoyar la educación de la población sobre la salud y los derechos reproductivos.

Con las bases conceptuales y programáticas delineadas en el documento de 1991, la Fundación Ford dio inicio a su programa de salud reproductiva en México. Aquí la propuesta dio mucha importancia a la investigación en este campo, así como a la creación de espacios interinstitucionales e intersectoriales para el diálogo entre académicos, prestadores de servicios, funcionarios y ONG. Para las ONG la Fundación Ford tuvo una meta ambiciosa y de largo aliento: reforzar su papel como interlocutoras del Estado, en calidad de articuladoras de las necesidades y demandas de la población.<sup>28</sup> La Fundación tuvo claro que para asumir

<sup>26</sup> Hay que señalar que una serie de investigaciones realizadas en América Latina cuestionaron los acercamientos reduccionistas al crecimiento demográfico y consideraron el peso de los procesos socioeconómicos en las decisiones reproductivas.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>28</sup> La lectura de Cortés (1994), Bloom (1994), United Nations Population Fund (1991), Solimano *et al.* (s.f.), sugiere que el proyecto de sociedad neoliberal requiere de contrapesos al Estado; las ONG aparecerían en este esquema como "representantes y

plenamente este papel las ONG debían lograr el fortalecimiento de las estructuras organizativas comunitarias, ampliar su capacidad de negociación y estar presentes en las mesas de discusión de las políticas públicas referidas a la salud reproductiva.<sup>29</sup> De hecho, desde que estableció su programa en México, la fundación ha impulsado y reforzado el papel de las ONG como "portavoces de la sociedad civil" al proporcionarles los recursos necesarios para sostener muchas de sus iniciativas y para que realicen reuniones en las que intercambian experiencias e ideas y elaboran agendas de trabajo conjuntas para influir sobre las políticas públicas.

El espacio que he dedicado en esta sección a la Fundación Ford no significa, desde luego, que sea la única institución que ha tenido las ideas expuestas o que sea la única donante de fondos para los propósitos mencionados. Indudablemente ha ejercido un liderazgo importante, pero también está claro que el campo de la salud reproductiva no hubiera experimentado la expansión que tuvo sin el concurso de muchas otras agencias, tanto estadounidenses como europeas.

Para dar un ejemplo, un avance fundamental de los noventa ha sido que ha ganado fuerza al movimiento internacional de activistas, por medio de la participación de representantes de las ONG en los foros internacionales en los que se han debatido y aprobado acuerdos sobre los derechos humanos, la población y el desarrollo, la salud sexual y reproductiva y para mejorar la condición de las mujeres en el mundo. Esta participación ha sido posible en el caso de las ONG mexicanas y latinoamericanas por el apoyo que les han proporcionado instituciones como Family Care International y redes de mujeres como la International Women's Health Coalition, entre otras. Además, las agencias europeas para la cooperación y el desarrollo han sido donantes fundamentales para proyectos productivos de mujeres que en muchos casos son la base de sostén de organizaciones que en tiempos recientes han incorporado el trabajo sobre la salud reproductiva a sus actividades.

Para las ONG que supieron elaborar proyectos que se enmarcaran en las prioridades y expectativas de las agencias financiadoras, la década de 1990 ha resultado positiva en términos de recursos económicos. Éstos no sólo han contribuido a darles estabilidad a muchas ONG, sino que también han favorecido un proceso de profesionalización dentro de ellas;

---

voceras" de una ciudadanía consciente de sus derechos, organizada de manera alternativa o complementaria a los partidos políticos, para defender sus intereses en áreas delimitadas.

<sup>29</sup> Entrevista a Lucy Atkin, encargada del Programa de Salud Reproductiva de la Fundación Ford, 1994.

es decir, del trabajo basado en la contribución voluntaria (no remunerada) de sus miembros, muchas ONG han pasado a la dedicación de tiempo completo, la contratación de profesionistas y la capacitación y entrenamiento de su personal. Las más exitosas en términos de sobrevivencia, profesionalización, expansión de su equipo y logro de sus objetivos, han sido aquellas que han dominado el arte de obtener recursos de diversas fuentes.

La otra cara de la moneda en la historia de las ONG es que abundan los casos de las que se disolvieron porque no consiguieron estabilizar su base de ingresos. Las exigencias de tiempo y energía que requiere la constante búsqueda de recursos financieros y la incertidumbre respecto a su obtención en el futuro, son problemas que prácticamente todas deben enfrentar.<sup>30</sup>

Un punto adicional que no quiero pasar por alto, es que para elaborar sus estrategias, establecer y modificar sus prioridades, algunas agencias financiadoras como la Fundación Ford y la Fundación MacArthur cuentan con mecanismos de retroalimentación por medio de reuniones periódicas con investigadores y representantes de instituciones y de ONG. En estas reuniones se evalúan avances y se sugieren nuevas áreas que deben ser tomadas en cuenta y apoyadas. Tal es el caso de la necesidad de desarrollar estudios sobre la masculinidad en nuestra sociedad y proyectos aplicados con grupos de varones, para promover su co-responsabilidad en cuestiones de reproducción, sexualidad y salud reproductiva.

### *El Estado y la salud reproductiva*

El Estado ha sido un referente central y constante para las ONG, en la medida en que ellas fueron formulando gran parte de sus propuestas como alternativas críticas a las políticas públicas, la legislación vigente, los programas y los servicios del gobierno. Con frecuencia las asociaciones civiles (como se llamaron inicialmente) u ONG, nacieron precisamente para dar respuesta a necesidades no reconocidas o no satisfechas por la acción del Estado, como en el caso de las ONG pioneras en el campo de la educación sexual y la planificación familiar mientras el Estado tuvo una política pronatalista. La relación entre el Estado y las ONG ha sido compleja y diversa porque depende del área de trabajo que se trate y se ha transformado en la medida en que tanto el Estado como las ONG han ido modificando sus posiciones.

<sup>30</sup> Sobre el tema de los financiamientos y la economía de las ONG no hay estudios. Las dificultades que plantea y algunas de las implicaciones que tiene aparecen en la discusión llevada a cabo por *Debate Feminista*, 6 (12), pp. 273-296, 1995.

En esta sección quiero recordar brevemente aquellos cambios en las políticas gubernamentales respecto a la planificación familiar y otros aspectos de la salud reproductiva de mayor trascendencia para las relaciones entre el Estado y las ONG que trabajan en esta área. Hacer una historia completa, que rescate toda la complejidad del tema, ameritaría un estudio específico. Aquí solamente podré señalar los puntos sobresalientes del contexto en que se enmarcan las propuestas de las ONG que se presentan en las siguientes secciones y con mucho mayor detalle en los demás capítulos de este libro.

Consideremos primero la incorporación de la planificación familiar a los servicios de salud que proporciona el Estado en México. Por un lado y al igual que en otros países de América Latina, desde fines de los años cincuenta se había desarrollado una demanda de métodos anticonceptivos en algunos sectores de las clases media y alta urbanas. Por otra parte, a principios de los años sesenta se crearon varias instituciones que se dedicaron al estudio de las tendencias demográficas del país, entre ellas el Centro de Estudios Económicos y Demográficos de El Colegio de México. Gustavo Cabrera, destacado demógrafo de esta institución, describe de la siguiente manera el papel que tuvieron los investigadores y sus estudios en el proceso que finalmente llevó al Poder Ejecutivo federal a proponer una nueva política de control del crecimiento de la población, de la cual formaron parte los programas de planificación familiar:

La institucionalización de la investigación sociodemográfica también contribuyó a crear conciencia entre las élites políticas acerca de los problemas demográficos y sus efectos sobre el desarrollo (CEED, 1970). Un grupo de académicos propuso elaborar una nueva Ley General de Población bajo la cual la política de población se integraría con las políticas de desarrollo. El objetivo de la ley sería influir sobre el tamaño, el crecimiento, la estructura de edades y la distribución de la población. La planeación familiar sería un componente de esa política y sería apoyada por los servicios públicos de educación, comunicación social y salud [...]

La necesidad de contar con programas de planificación familiar era generalmente aceptada, siempre que se cumplieran tres condiciones. Primero, que los programas de planificación familiar no se consideraran como un sustituto del desarrollo; segundo, que se respetasen los derechos individuales y humanos, y tercero, que no hubiese influencia extranjera o presión sobre las decisiones que se tomaran al respecto, de modo que se preservara la soberanía nacional.<sup>31</sup>

La aprobación de la Ley General de Población por el Congreso, a principios de 1974, significó un giro radical en la posición pronatalista que el Estado mexicano había tenido hasta entonces. A partir de ese

<sup>31</sup> Cabrera, 1996, pp. 112-113. La traducción es mía.

momento, la disminución de las tasas de fecundidad pasó a ser un elemento central en las políticas de población y desarrollo del país, así como en las de salud, pues para llevar a cabo sus objetivos de controlar el crecimiento demográfico, el gobierno recurrió fundamentalmente a las instituciones de salud pública, integrando la planificación familiar a sus servicios médicos generales. De esta manera el gobierno daba respuesta a una demanda de servicios por parte de algunos sectores de la población y al mismo tiempo iniciaba la promoción de esa demanda en el resto de la sociedad.

La nueva legislación estableció que los ciudadanos tienen el derecho a decidir libre e informadamente el número de hijos que desean tener, así como el espaciamiento entre ellos. Para que este derecho pudiera hacerse efectivo, el Estado se comprometió a proporcionar servicios de planificación familiar universales. Con el fin de coordinar los programas de planificación familiar se creó la Comisión Interinstitucional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en 1977.

Ese mismo año el recientemente creado Consejo Nacional de Población (Conapo) fijó como meta reducir las tasas de crecimiento de la población de 3.2% a 2.5% entre 1976 y 1982. Para el año 2000 la tasa debía ser de 1%. Las metas de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos eran centrales en los planes dirigidos a alcanzar estos objetivos.<sup>32</sup> Con ese propósito se favoreció la promoción de los métodos anticonceptivos definitivos para la población femenina. El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución pública que tuvo el liderazgo en acciones de planificación familiar en México y de acuerdo con el modelo que desarrolló, las pacientes que asisten a consulta por cualquier causa y quienes las acompañan, pueden recibir información o servicios de anticoncepción por parte de cualquier miembro del personal del equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicos).<sup>33</sup>

En 1976 sólo 30% de las mujeres mexicanas en edad fértil utilizaba algún método anticonceptivo y de éstos, la mayoría no era eficaz; veinte años después, el porcentaje creció a 67%. El número promedio de hijos por mujer se redujo a la mitad entre 1975 y 1995: pasó de seis a tres, respectivamente.<sup>34</sup> Un conjunto de procesos socioeconómicos y culturales confluyeron para dar lugar a la transformación de los patrones

<sup>32</sup> Cabrera, 1996, p. 115.

<sup>33</sup> Alarcón, 1992, p. 123.

<sup>34</sup> Encuesta Nacional de Fecundidad, 1976 y de Planificación Familiar, Conapo, 1995.

reproductivos en México, en particular los cambios referidos a la estructura ocupacional y al aumento del trabajo remunerado femenino. Las instituciones de salud pública debieron extender sus servicios de planificación familiar en todo el país para dar respuesta a las nuevas condiciones, a la creciente demanda y también a los requerimientos de la política demográfica del gobierno. Estas presiones generaron una serie de problemas con la prestación de servicios, frente a los cuales se han pronunciado las ONG, tema que retomaré más adelante.

En 1994 se creó la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, que integró la anterior Dirección de Planificación Familiar con la Dirección de Atención Materno Infantil. El documento *Prioridades en salud reproductiva*, editado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1993, había señalado las pautas básicas del discurso oficial sobre la salud reproductiva. Su argumento central es que la baja edad de la madre, el alto número de hijos y los intervalos cortos entre nacimientos constituyen riesgos para la salud —riesgos evitables mediante la anticoncepción.<sup>35</sup> Vale decir que las ideas que se manejaban en ese momento no muestran cambios sustanciales respecto al discurso previo sobre la planificación familiar.

Poco tiempo más tarde, el gobierno mexicano inició una mayor apertura hacia las cuestiones relacionadas con la equidad de género —uno de los aspectos medulares de las propuestas más amplias sobre la salud reproductiva. En efecto, después de la V Conferencia Internacional sobre Población, Crecimiento Económico Sostenido y Desarrollo Sostenible, realizada en El Cairo en 1994 y como resultado de los acuerdos que allí se tomaron, el Poder Ejecutivo nacional estableció entre los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000), la promoción de programas y acciones para garantizar a las mujeres igualdad de oportunidades en la educación, la capacitación y el empleo, plena equidad en el ejercicio de sus derechos sociales, jurídicos, civiles, políticos y reproductivos. En cumplimiento de este compromiso, el ejecutivo federal presentó el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, aprobado en agosto de 1996, por el cual cada una de las dependencias de la administración pública federal debe aplicar políticas, programas y acciones tendientes a superar las inequidades de género que identifiquen en su esfera específica de trabajo. Para contribuir a realizar estas metas se creó el Programa Nacional de la Mujer y algunos funcionarios de instituciones públicas, especialmente de salud, están recibiendo capacitaciones en “el enfoque de género” por primera vez.

<sup>35</sup> Alarcón et al., 1993.

Por el momento no contamos con información acerca del conjunto de actividades de este tipo, o su alcance, y es una tarea pendiente evaluar su impacto real más allá de la incorporación de una serie de nuevos conceptos al discurso institucional oficial. En opinión de Marta Lamas (directora ejecutiva del Grupo de Información en Reproducción Elegida), a pesar de la retórica posterior a la conferencia de El Cairo, las instituciones gubernamentales encargadas de los programas de salud reproductiva siguen careciendo de una perspectiva de género en su trabajo. De acuerdo con su experiencia y la de otras investigadoras y miembros de ONG feministas que trabajan en este campo, la ausencia de esta perspectiva y la falta de incorporación de las mujeres a los procesos de toma de decisión en los programas continúan siendo los mayores obstáculos para que éstos mejoren los servicios que prestan.<sup>36</sup>

Los pasos que el gobierno está dando en este sentido siguen siendo incipientes todavía, pero en efecto hay avances hacia una mayor apertura. Ejemplo de ello fue la invitación del gobierno a que algunas ONG participaran en el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva responsable de formular la parte del Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000 dedicada específicamente a la salud reproductiva. Este nuevo programa de salud reproductiva (que forma parte del apartado "III. Los retos demográfico y epidemiológico"), amplía las áreas que se toman en cuenta, pues incluye seis subprogramas que cubren la planificación familiar, la salud reproductiva de los adolescentes, la salud de la madre y el recién nacido, la disminución del riesgo preconcepcional, la detección y control de cánceres cérvico-uterino y mamario, y la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Como veremos en las secciones que siguen, una parte muy importante de la labor de las ONG ha estado dirigida a tratar de influir en varios aspectos de las políticas desde posiciones críticas. Pero como lo muestran los capítulos que componen este libro, también hay áreas en las que las ONG han mantenido vínculos de colaboración con instituciones públicas desde hace tiempo, desarrollando programas conjuntos. No está de más señalar que sería un apoyo importante, tanto para las ONG como para las instituciones mismas, poder contar con estudios cuidadosos de cómo se han traducido cada uno de los lineamientos de la política en general, a los programas y prácticas de instituciones específicas.

<sup>36</sup> Lamas, 1996, pp. 29 y 31.

*Los aportes de las ONG mexicanas al campo de la salud reproductiva*

Las áreas de trabajo de las ONG que se enmarcan específicamente en la propuesta de la salud reproductiva son múltiples: educación sexual y sobre los derechos reproductivos, planificación familiar, la salud materno-infantil, el aborto, enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, la atención del embarazo, el parto sin temor, la atención de mujeres que son víctimas de violencia, los aspectos psicológicos/emocionales de la salud, la reproducción y la sexualidad. La mayoría de las ONG combina una o más de estas áreas, a las que ciertas organizaciones agregan el trabajo sobre derechos humanos y el desarrollo comunitario. Sus actividades de capacitación y educación se dirigen a promotores y líderes comunitarios o directamente a grupos de base, especialmente de mujeres, adolescentes, parteras, etc., de sectores urbanos populares y, en menor medida, rurales.<sup>37</sup> Algunas realizan trabajo de información y capacitación a prestadores de servicios de salud del sector público, como se verá más adelante.

Hay ONG que dan servicios médicos en pequeñas clínicas, otras encauzan a la gente a los centros de salud del gobierno, cuando esto es factible. Las que ofrecen servicios médicos por lo general utilizan terapéuticas alternativas (homeopatía, herbolaria, acupuntura, etc.); prefieren los métodos anticonceptivos no definitivos, controlables por las usuarias y entrenan a sus grupos en técnicas de autocuidado. Pues la mayoría de estas ONG parte de una perspectiva de género y considera que los grupos a los que dirigen sus acciones deben ser protagonistas de su salud, en lugar de recipientes pasivos de proyectos elaborados sin su intervención. De ahí el esfuerzo que despliegan para que la población con la que trabajan conozca sus derechos y desarrolle capacidades de cuestionamiento a su propia realidad, de indagación sobre los problemas que padecen, para participar en su solución. Con estos propósitos suelen utilizar metodologías de trabajo del tipo de la investigación-acción, con técnicas de concientización en grupos operativos de reflexión y autoayuda, y de educación popular (en la línea iniciada por Paulo Freire en Brasil), aplicadas a la educación sexual, la lactancia, cursos psicoprofilácticos, la atención nutricional, el autoexamen, etcétera.<sup>38</sup>

La mayoría de las ONG son de tamaño reducido (generalmente su personal totaliza menos de 40 miembros) y cuenta con pocos recursos económicos y de infraestructura. Por esta razón, como prestadoras de

<sup>37</sup> La bibliografía que analiza el trabajo de ONG sobre salud reproductiva con población rural es muy escasa. Un buen ejemplo de sistematización de este tipo de experiencias lo proporcionan Aguirre y Pastrana, 1998.

<sup>38</sup> Cardaci, 1995.

servicios sólo pueden atender a poblaciones pequeñas, con lo que es obvio que nunca podrían remplazar al Estado en las acciones de alcance masivo que la salud de la mayor parte de la población requiere. Pero esta cuestión de las dimensiones no se refleja mecánicamente en las repercusiones de otro tipo que puedan tener, pues si en un principio muchas ONG se crearon con el propósito de dar servicios que no existían o que eran insuficientes, aquellas que se incorporaron al proyecto de la salud reproductiva reforzaron su papel como articuladoras de demandas ante el Estado.

A continuación haré un rápido recorrido por las principales áreas de acción de las ONG, cada una de las cuales es tratada con mayor detenimiento en los demás capítulos que componen este libro.

### SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN SEXUAL

Las ONG mexicanas más antiguas que trabajan cuestiones relacionadas con lo que ahora llamamos salud reproductiva, surgieron a fines de los años cincuenta para desarrollar actividades de educación sexual y planificación familiar, porque el Estado, que en ese entonces tenía una política pronatalista, no ofrecía esos servicios. No hubo interés en esos esfuerzos hasta más tarde, cuando a principios de los setenta el gobierno adoptó una política de control del crecimiento poblacional. A partir de este vuelco, se abrieron espacios de colaboración entre estas ONG y el sector público, que describe el capítulo de Teresa Pérez Vázquez.

Uno de los hitos de esta historia fue la fundación de Pro Salud Maternal en 1958, primera organización que dio servicios de planificación familiar en México, con apoyo económico y asesoría técnica de Planned Parenthood International. Con el tiempo, de esta institución nació la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), que por brindar estos servicios ha mantenido sólidas y constantes fuentes de financiamiento y se ha convertido en la ONG más grande en cuanto a infraestructura, personal, recursos y alcance de sus programas. Por estas características Mexfam es la ONG que en la actualidad mantiene el mayor número de vínculos con el gobierno, con los antecedentes más antiguos en este sentido: con otras instituciones, sus representantes participaron en la fundación del Consejo Nacional de Población y en los trabajos preparatorios de la Ley General de Población de 1974. Y su experiencia en la prestación de servicios de planificación familiar fue tomada en cuenta por las instituciones públicas cuando éstas comenzaron a ofrecerlos, así como su modelo para capacitar promotoras en salud y en planificación familiar en zonas rurales.

Pérez Vázquez describe la variedad e importancia del trabajo de capacitación que realizan ésta y otras ONG a personal de diversas instituciones públicas. Asimismo, nos habla de las ONG pioneras en la formación de profesionistas especialistas en sexualidad humana, entre las cuales destaca la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), fundada en 1972. Como la mayoría de las organizaciones dedicadas a la educación sexual, AMES no da servicios de planificación familiar, pero al igual que Mexfam y otras ONG, ha realizado una contribución significativa mediante la elaboración de materiales didácticos. Esto les ha valido los ataques tenaces de las organizaciones conservadoras, que desde los años treinta se han opuesto a la educación sexual en las escuelas.<sup>39</sup>

#### LA MATERNIDAD VOLUNTARIA Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Entre los derechos reproductivos cuyo reconocimiento y respeto promueven consistentemente las ONG mexicanas que trabajan a favor de la salud de las mujeres, está el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras. Según la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, de los más de 3 100 000 embarazos ocurridos en México en 1990, 40% fueron embarazos no deseados, de los cuales alrededor de 13% correspondió a adolescentes. Se calcula que al menos 850 000 mujeres interrumpen un embarazo cada año y que anualmente 1 000 mueren como consecuencia de las secuelas de abortos clandestinos.<sup>40</sup>

La lucha por la despenalización del aborto y por su inclusión en los servicios de salud que presta el Estado, tiene una larga historia en los movimientos feministas. En México recientemente se han creado ONG cuyo objetivo es trabajar específicamente el problema del aborto —sin duda el más delicado de todos los que se incluyen en la salud reproductiva— desde iniciativas y propuestas novedosas.

El Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (GIRE) es un excelente ejemplo de una ONG que con un equipo de 35 personas en la ciudad de México y con una estrategia inteligente, ha logrado tener un impacto público considerable, desarrollando un nuevo discurso sobre este viejo y no resuelto problema. En lugar de poner todas sus energías en la despenalización total, GIRE busca en una primera etapa la amplia-

<sup>39</sup> Para una historia de la educación sexual en México, pueden consultarse la Memoria del Encuentro Nacional de Educación Sexual en México (1992) y el artículo de Gabriela Rodríguez y otras, en el libro editado por Langer y Tolbert (1996).

<sup>40</sup> Tolbert *et al.*, 1996.

ción de las causales de no punibilidad, para homologar los códigos penales siguiendo los lineamientos establecidos en los códigos más avanzados del país.) Las causas de aborto no punible ya aceptadas por algunos estados son:

- 1) Por razones eugenésicas, de malformación del feto (Coahuila, Colima, Chiapas, Durango, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán).
- 2) Cuando el embarazo pone en peligro la salud de la madre (Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas).
- 3) Por razones económicas (Yucatán).

La inclusión de estas causas en los códigos penales de todos los estados sentaría las bases para aumentar la seguridad cuando se practica un aborto que se enmarca en estas situaciones, y contribuiría a la disminución de las altas tasas de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, provocadas por abortos practicados en pésimas condiciones. A esto se agrega que GIRE y otras ONG reclaman que se disponga de los servicios médicos y de las condiciones sanitarias que permitan hacer efectivo el derecho al aborto por violación, que en la actualidad es la única causa de aborto permitida por los códigos penales de los 32 estados de la República Mexicana.<sup>41</sup>

GIRE ha orientado sus capacitaciones sobre todo a funcionarios públicos, incluyendo legisladores, para sensibilizarlos acerca del problema del aborto. Es de las pocas ONG que hacen trabajo constante de cabildeo, con campañas periódicas en los medios de comunicación. Para estas últimas GIRE ha movilizado un amplio apoyo por parte de destacadas personalidades y ha contratado la realización de encuestas nacionales de opinión, cuyos resultados ha dado a conocer por medio de conferencias de prensa. Pero si bien algunos funcionarios han expresado en privado su coincidencia con la necesidad de modificar la legislación, e incluso hay quienes han declarado públicamente que se trata de un problema de salud pública que el Estado debiera asumir como tal, la poderosa oposición de la jerarquía de la Iglesia católica y de las ONG conservadoras ha obstaculizado hasta ahora el logro de avances en este sentido.<sup>42</sup>

<sup>41</sup> No existe una normatividad en la Ley General de Salud que regule los procedimientos para la realización de los abortos permitidos, ni los servicios médicos capacitados, ni los servicios de atención psicológica y emocional que se requieren para que las mujeres puedan ejercer este derecho. Véase GIRE, separata del *Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida*, núm. 17, junio de 1998.

<sup>42</sup> Véase González Ruiz (1994) y Ortiz Ortega (1994). Lamas (1996) da un ejemplo de las dificultades que existen en México para un debate abierto sobre el problema del aborto, con referencia a la posición del gobierno en la Conferencia de El Cairo.

## VIOLENCIA SEXUAL Y DOMÉSTICA

Una serie de investigaciones recientes ha demostrado que la violencia hacia las mujeres está tan extendida que alcanza grados que sin temor a exagerar podríamos llamar epidemiológicos, y que tiene repercusiones negativas a corto y largo plazos para la salud general de las víctimas y para su salud reproductiva en particular.<sup>43</sup> Como lo describe el capítulo de Irma Saucedo, éste es un problema sobre el cual muchas ONG mexicanas trabajan desde hace más de una década, dando servicios a las víctimas, al mismo tiempo que ejercen presión para modificar la legislación vigente y para lograr que el Estado dé adecuada atención al problema. Estas ONG buscan, por lo tanto, redefinir el campo de la salud reproductiva para que también incluya esta cuestión.

Una parte del esfuerzo de las ONG especializadas en este tema ha estado dirigida a desarrollar modelos de atención a las víctimas, algunos de los cuales fueron retomados por las agencias especializadas en delitos sexuales y por los centros de atención a mujeres maltratadas. Estas instituciones gubernamentales fueron creadas por las presiones del movimiento amplio de mujeres, desde el cual estas ONG han dedicado muchas energías a convertir la violencia doméstica en objeto de debate público. Como refiere Saucedo, han bregado por movilizar la opinión pública y las fuerzas políticas para lograr: 1) la modificación de la legislación; 2) que el Estado reconozca la violencia intrafamiliar como un problema social y de salud pública, y 3) que en consecuencia disponga de servicios especializados de atención médica, psicológica y legal para las víctimas.

El panorama que traza Saucedo sugiere que la lucha contra la violencia sexual y doméstica son áreas en que el movimiento de mujeres ha alcanzado logros sustanciales. Sin embargo, no hay que perder de vista que el informe de las ONG sobre "La violencia contra las mujeres",<sup>44</sup> preparado para la Conferencia Mundial realizada en Beijing en 1995, señala que la infraestructura del gobierno para la atención al problema todavía es insuficiente; los centros especializados son muy pocos (cuatro en la ciudad de México y siete en el resto del país), apenas se acaba de reabrir un albergue para mujeres maltratadas en la ciudad de México (que sumado al de Monterrey hacen dos para todo el país), y la oferta de servicios es mínima en relación con las necesidades, además de que todavía está pendiente la modificación de los códigos penales y civiles de la mayor parte de los estados.

<sup>43</sup> Sobre el desarrollo del tema en el ámbito internacional pueden consultarse los trabajos de Heise *et al.* (1994 y 1995), Keck y Sikkink (1998).

<sup>44</sup> Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres (Unifem), 1994, pp. 9-10.

## MATERNIDAD SIN RIESGOS

El proyecto de la salud reproductiva incluye el esfuerzo por abatir la mortalidad materna, que todavía es alta para amplios sectores de la población mexicana, especialmente en las regiones marginadas.<sup>45</sup> En esta área se ha impulsado una experiencia de colaboración intersectorial interesante, que Maricarmen Elu describe detalladamente en su artículo. El origen de la iniciativa fue una reunión internacional que tuvo lugar en Nairobi en 1987, en la que se acordó como meta global reducir a la mitad las muertes maternas para el año 2000, mediante la colaboración de organismos gubernamentales y ONG. En México el Comité Promotor Por una Maternidad Sin Riesgos se estableció en 1993 para llevar a cabo una serie de proyectos innovadores de investigación y acción; ha constituido comités estatales en seis estados de la República y ha realizado un amplio programa de conferencias para informar y crear conciencia acerca del problema.

Los miembros de la iniciativa llevan a cabo estudios sobre la legislación, al mismo tiempo que difunden información entre los miembros de las comisiones de salud del Congreso con el fin de promover cambios positivos. Paralelamente han revisado las normas oficiales para la prestación de servicios de Planificación Familiar, de Atención Materno Infantil y de Salud Reproductiva. El impacto de la iniciativa podrá evaluarse en unos años, pero por lo pronto ha abierto un espacio promisorio de acercamiento entre organismos gubernamentales y no gubernamentales.

TRABAJO EN RELACIÓN CON EL SIDA Y LAS ENFERMEDADES  
DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

La aparición de la pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en México, generó necesidades por parte de la población para las cuales no hubo una respuesta pronta y totalmente satisfactoria por parte del Estado. Éste es otro campo en el que la creación de ONG respondió a demandas insatisfechas; entre ellas, la atención a las personas enfermas, el apoyo a los parientes de los enfermos, la detección oportuna y la prevención. Sobre la base de la experiencia de 30 ONG, Ana María Hernández y Esther Casanova analizan los orígenes y las actividades desarrolladas por estas organizaciones, particularmente en relación con las mujeres.

<sup>45</sup> Langer y Tolbert, 1996, pp. 23-27.

Los primeros talleres sobre sexo seguro fueron impartidos por las ONG, que paralelamente desarrollaron modelos de capacitación en información y prevención del SIDA y de las ETS. Estos talleres se han impartido en varios hospitales públicos y en instituciones educativas. En la actualidad, casi todas las ONG que trabajan estos temas mantienen relaciones de colaboración con el Consejo Nacional del SIDA (Conasida) y los Consejos Estatales (Coesidas), pero a pesar de los aportes hechos por una serie de ONG, Hernández y Casanova encuentran que hasta ahora no se le da la debida importancia al hecho de que las mujeres constituyen un sector de la población en situación de alto riesgo. En efecto, una de las conclusiones de su análisis es que aun las organizaciones que trabajan específicamente sobre salud sexual y reproductiva, tratan el tema del SIDA de manera periférica y desligada de otros como el aborto, el embarazo y la anticoncepción, de modo que las mujeres permanecen desprotegidas y en posición de gran vulnerabilidad. Este estudio es un llamado de atención, por lo tanto, hacia una situación no resuelta y con repercusiones muy negativas. Nos alerta sobre la urgencia de acciones mucho más amplias y decididas sobre esta cuestión, especialmente por parte del sector salud.

POLÍTICAS DE POBLACIÓN, PLANIFICACIÓN FAMILIAR,  
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Una preocupación constante de las organizaciones feministas de América Latina y otros países del Tercer Mundo son las consecuencias negativas que tiene para la salud y el bienestar de las mujeres el hecho de que los programas de planificación familiar gubernamentales generalmente están supeditados a las políticas de población, por lo que su interés está puesto primordialmente en el cumplimiento de las metas establecidas por la planeación demográfica, más que en la satisfacción de las necesidades y deseos de las usuarias. Dado que el objetivo más importante de las políticas de población en la actualidad es bajar las tasas de fecundidad, los programas de planificación familiar dan prioridad al uso masivo de los métodos anticonceptivos más efectivos en esos términos, que son los Dispositivos Intrauterinos (DIU), las esterilizaciones y los métodos hormonales de larga duración. Las principales críticas de las ONG a esta política señalan que estos métodos no son fácilmente reversibles, pueden afectar la salud de las usuarias y no las protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.<sup>46</sup>

<sup>46</sup> Sen, Germain y Chen, 1994.

Las críticas más duras de las ONG mexicanas al gobierno giran precisamente en torno a estas cuestiones, pues en efecto, desde que inició sus programas de planificación el sector salud dio preferencia a los métodos anticonceptivos permanentes y, en particular, a las esterilizaciones femeninas por Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Las esterilizaciones se extendieron rápidamente en México, sobre todo a partir de comienzos de la década de 1980, de modo que para 1987 una de cada cinco mujeres en unión estaba esterilizada.<sup>47</sup> En 1992, 41.3% de las usuarias de algún método anticonceptivo estaba esterilizada, 22% utilizaba el dispositivo intrauterino, 13% la abstinencia periódica y el retiro, 12.5% los orales, 4.6% los inyectables, y las demás, algún otro método, según la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Conapo, 1995).

De acuerdo con el modelo integral de servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, "En las consultas de atención prenatal las pacientes reciben información sobre anticonceptivos de acuerdo con su riesgo reproductivo para lograr que acepten un método en el posparto".<sup>48</sup> Pero este ideal de información previa no siempre se lleva a la práctica, entre otras cosas porque un alto número de mujeres no recurre al control prenatal.

Las ONG han señalado que la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social evalúan el rendimiento de sus servicios no en función de su calidad, sino de las metas demográficas. Por esta razón se han puesto presiones sobre los médicos de estas instituciones para que contribuyan a la ampliación de la población que adopta los métodos anticonceptivos definitivos. Estas presiones han dado lugar a abusos, pues hay casos de OTB realizadas sin que las receptoras supieran que se trata de un método permanente, o sin que ellas supiesen que se les estaba practicando.<sup>49</sup> A esto se agrega la inserción posparto de dispositivos intrauterinos sin el consentimiento de las mujeres.

Las ONG que trabajan sobre los derechos reproductivos han dado apoyo público a denuncias de estas situaciones y han subrayado que la población habitualmente no recibe información suficiente acerca de las diferentes opciones respecto a la planificación familiar, ni sobre los efectos secundarios de algunos métodos (por ejemplo, las inyecciones hormonales y el DIU). A estos señalamientos se agrega que los programas de planificación familiar se restringen a la anticoncepción, sin que ésta for-

<sup>47</sup> Zavala de Cosío, 1992, pp. 238-245.

<sup>48</sup> Alarcón, 1992, p. 124.

<sup>49</sup> La *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987* encontró que 9% de las mujeres esterilizadas entrevistadas declaró no haberse sentido satisfecha después de la operación siendo la principal razón de ello el deseo de más hijos. Una de cada diez mujeres esterilizadas declaró que no se volvería a operar.

me parte del cuidado integral de la salud. Además estos programas están desligados de la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, por su rechazo a considerar el condón como un método de anticoncepción efectivo si va acompañado por una adecuada información acerca de su utilización.

Éstas y otras críticas, con una serie de recomendaciones sobre estos temas, fueron retomadas y elaboradas por un conjunto de ONG a lo largo de los últimos años. El artículo de Juan Guillermo Figueroa en este libro, describe una coyuntura en la que las ONG pusieron de manifiesto este aspecto de su trabajo: se trata de la actualización de la Norma Oficial Mexicana que establece los lineamientos oficiales para la prestación de los servicios de planificación familiar, proceso que tuvo lugar en 1993. Figueroa utiliza este episodio para analizar los supuestos que subyacen a la normatividad, así como las principales cuestiones en debate y las reticencias iniciales de las instituciones gubernamentales respecto a dialogar con las ONG más críticas y a escuchar sus propuestas sobre estas cuestiones. Pero el capítulo de Figueroa, al igual que los demás del libro, señala que a partir de 1994 y como resultado de los acuerdos alcanzados en las conferencias internacionales convocadas por las Naciones Unidas, el gobierno está mostrando una mayor apertura hacia las ONG.

El hecho de que la mayor parte de las denuncias hechas por mujeres ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos está relacionada con la prestación de servicios de salud y de planificación familiar, es un fuerte llamado de atención a la urgencia de enfrentar el problema de los abusos.<sup>50</sup> Por eso las ONG han considerado de la máxima importancia promover una cultura de los derechos ciudadanos, de participación organizada de la población en el monitoreo de la gestión de los funcionarios y los prestadores de servicios públicos. Para ello proponen la creación de mecanismos mediante los cuales la ciudadanía pueda exigirles una rendición cuentas.

El artículo de Montserrat Salas nos presenta las iniciativas que han tomado en este campo las ONG que integran la Red de Mujeres y Salud

<sup>50</sup> El artículo "Grave, el problema de violaciones a derechos de las mujeres: CNDH", *La Jornada*, 2-08-1997, p. 44, señala que la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha informado que de las 52 quejas de mujeres que recibió en 1997, 42 fueron por negligencia médica y se refieren a embarazos mal atendidos, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y realización de salpingoclasias contra la voluntad de la mujer, negación del servicio de salud e inadecuada atención médica para el tratamiento de otras enfermedades. Ante la gravedad del problema, la CNDH "mantiene un programa especial de atención a ese sector de la población y, en breve, dará a conocer un conjunto de resoluciones que tienen que ver con el ejercicio indebido de la responsabilidad profesional médica".

del Distrito Federal desde su fundación en 1993. Una de las más interesantes en este sentido fue convocar a juristas, legisladores, funcionarios, prestadores de servicios, académicos y activistas, a participar en el primer Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos, que tuvo lugar en la ciudad de México en mayo de 1996 para dar a conocer a la opinión pública casos de abusos.<sup>51</sup>

Otra estrategia que puede tener mucha trascendencia a futuro es la creación de sistemas de supervisión y evaluación de los servicios de salud, con miras a detectar, prevenir y controlar los abusos, por medio de la creación de Consejos de Participación Ciudadana, integrados por organizaciones civiles que trabajan con mujeres, en concertación con instituciones académicas y gubernamentales, en los ámbitos local, estatal y nacional.

Un aspecto fundamental del derecho a la salud respaldado por la Constitución Nacional, es el derecho a tener acceso a servicios de calidad. Éste es uno de los ejes de trabajo considerados como estratégicos por la Red de Salud. Un punto de partida para la discusión colectiva del problema y la elaboración de propuestas, fue el Foro Calidad de los Servicios de Salud desde la Perspectiva de Género, convocado por la Red en 1995. Las conclusiones del foro definieron de la siguiente manera lo que es un servicio de calidad:

Los servicios de calidad para las mujeres con una perspectiva de género son aquellos que responden a las necesidades de salud integral de las usuarias, con condiciones técnicas respetuosas de su dignidad, con costos accesibles, que garanticen la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno, tomando en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud, que garanticen la apropiación de sus cuerpos, propiciando su autoestima, autonomía, percepción y ejercicio de su derecho a la salud y a decidir.

Las ONG proponen un modelo de relación entre los prestadores de servicios y las usuarias que promueva la corresponsabilidad y la participación activa de éstas en la toma de decisiones. Esto requiere que los servicios de salud privilegien un enfoque preventivo que fomente la información y el cuidado de uno mismo. A esto se añade la exigencia de que a la hora de dar atención haya comprensión y sensibilidad por parte del personal de salud, es decir, que éste tenga en cuenta los aspectos subjetivos, los temores y vergüenzas de las pacientes, pues lejos de ser superfluo, esto contribuiría a aumentar la eficacia técnica de la intervención médica.

<sup>51</sup> Al Tribunal se presentaron varios casos de mujeres esterilizadas sin su consentimiento.

## PARTICIPACIÓN DE LAS ONG EN REDES Y FOROS INTERNACIONALES

La formación de redes y la participación en foros internacionales son dos áreas en las que las ONG que trabajan sobre la salud reproductiva, han desplegado una gran energía en los noventa. Esta línea de trabajo tiene antecedentes importantes en la década anterior<sup>52</sup> y ha logrado avances sustanciales tanto en el ámbito internacional como nacional. En particular las conferencias mundiales convocadas por Naciones Unidas han propiciado el encuentro entre ONG, el intercambio de experiencias, el debate y la formulación de plataformas comunes. En estas conferencias las redes de ONG han luchado para que sus propuestas sean escuchadas por las delegaciones gubernamentales y para que se incorporen a los acuerdos internacionales. Su labor de cabildeo y de presión les ha ganado progresivamente el reconocimiento oficial y ha tenido una influencia muy importante en la redefinición de las agendas, tanto de los gobiernos como de las mismas ONG.<sup>53</sup>

Éstas iniciaron su participación masiva en las conferencias mundiales de las Naciones Unidas asistiendo a la Cumbre de la Tierra sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo que tuvo lugar en Río de Janeiro en 1992. Allí estuvieron presentes 7 000 ONG de todo el planeta, que lograron introducir el capítulo XXIV, referido específicamente a las mujeres, en la Plataforma Mundial de Acción. Un año más tarde, 3 000 ONG tuvieron un Foro Paralelo a la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, realizada en Viena y lograron que la Declaración y la Plataforma de Acción afirmasen que los derechos de las mujeres y las niñas son parte inalienable de los derechos humanos universales.

Por lo que se refiere específicamente a la salud reproductiva, tuvo especial importancia la participación de las ONG en la V Conferencia Internacional sobre Población, Crecimiento Económico Sostenido y Desarrollo Sustentable, realizada en El Cairo en 1994.<sup>54</sup> Esta conferencia estuvo precedida por una serie de reuniones preparatorias, primero nacionales y luego internacionales. Para influir sobre la posición gubernamental en la conferencia, se creó en México el Foro Nacional de

<sup>52</sup> El antecedente más importante es la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Fue creada en 1984 en el marco del I Encuentro Regional sobre Salud de las Mujeres llevado a cabo en Tenza, Colombia, y estuvo coordinada desde Santiago de Chile.

<sup>53</sup> Red Mundial de Mujeres (1991 y 1992), UNFPA (1991), Keck y Sikkink (1998).

<sup>54</sup> Las cuatro conferencias anteriores se realizaron en Roma (1954), Belgrado (1964), Bucarest (1974) y México (1984). Véase el núm. 4 del órgano informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, *Salud Reproductiva y Sociedad*, año II, septiembre-diciembre de 1994, dedicado a la Conferencia de El Cairo y sus antecedentes.

Mujeres y Políticas de Población, con la participación de 70 ONG de mujeres que trabajan en 17 estados de la República sobre salud y cuestiones ambientales desde una perspectiva feminista. El foro estableció comunicación con las instituciones gubernamentales y dos de sus miembros, Maricarmen Élu (perteneciente a la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo) y María Consuelo Mejía (de Católicas por el Derecho a Decidir), fueron elegidas para formar parte de la delegación oficial.<sup>55</sup>

En abril de 1993 se llevó a cabo en la ciudad de México la Reunión Latinoamericana y del Caribe de ONG sobre Población y Desarrollo (paralela a la de los gobiernos), a la que asistieron 55 ONG que trabajan sobre cuestiones ligadas a las mujeres y la salud, de las cuales 18 eran mexicanas. Las demandas contenidas en el documento que resultó de esta reunión son las que básicamente se retomaron en foros posteriores y continúan teniendo plena vigencia.<sup>56</sup> El documento exhorta a los gobiernos a:

- Formular y ejecutar, con la participación de los diversos sectores de la sociedad, políticas de población cuyo propósito sea promover el bienestar y la calidad de vida de los individuos.
- Superar las políticas de población que se limitan a la consecución de metas de fecundidad.
- Garantizar las condiciones jurídico-legales que permitan a las mujeres realizar la interrupción voluntaria del embarazo en los servicios de salud de manera digna y sin riesgo para su vida y salud, reduciendo con ello la incidencia de la causa de la mortalidad materna más fácilmente evitable.
- Diseñar y ejecutar políticas y programas que alienten y promuevan la democratización de las relaciones entre los géneros en el ámbito del hogar y la familia, orientados a erradicar las múltiples manifestaciones de violencia en su interior, tomando en cuenta las propuestas de la sociedad civil.
- Garantizar que los derechos reproductivos y sexuales de las personas sean considerados derechos humanos básicos y se incluyan en las constituciones de todas las naciones.
- Cumplir con los compromisos firmados respecto a la libertad de las mujeres y hombres para el uso y selección de métodos anticonceptivos que garanticen el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos y el goce de su sexualidad.

<sup>55</sup> Lamas, 1996, pp. 32-33.

<sup>56</sup> Véase los documentos "Consideraciones y recomendaciones de las ONG" (1993), Correa (1993) y "Declaración de las mujeres sobre políticas de población mundial" (1994).

- Realizar esfuerzos para garantizar el acceso universal y no discriminatorio —por sectores económicos, edades, estado civil o lugares de residencia— a la educación sexual, a servicios de salud reproductiva y a una amplia gama de anticonceptivos seguros, eficaces y que protejan la salud. Asimismo, eliminar el sesgo de programas públicos y privados que circunscriben la oferta sólo a algunos métodos.
- Incrementar los recursos financieros que permitan la investigación sobre métodos anticonceptivos reversibles, eficaces y seguros, específicamente para el hombre. Especial atención deben merecer los métodos que impidan el contagio del VIH/SIDA.

Finalmente, el documento subraya que los gobiernos deben reconocer y apoyar la formación de instancias conformadas por ONG y otras organizaciones sociales, para el seguimiento y vigilancia del cumplimiento de los compromisos suscritos en estas conferencias.

Después de intensos debates, cabildeos y presiones, uno de los resultados más innovadores de la Conferencia de El Cairo fue que la Plataforma Mundial de Acción dedicó un capítulo completo a dar amplio reconocimiento a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El rico contenido de la plataforma y de este artículo, en particular, fue considerado por las ONG como muy positivo pues incorporó muchas de sus propuestas. Para comenzar, la planificación familiar deja de verse principalmente como un medio para resolver el problema demográfico, para plantearse en el marco más amplio de la salud y los derechos. La plataforma recupera cuestiones discutidas en conferencias anteriores y las destaca, como es el caso de la necesidad de promover la equidad de género y la responsabilidad compartida entre varones y mujeres. Al mismo tiempo incluye nuevos elementos, como el reconocimiento a la pluralidad de formas que puede adoptar la familia y el derecho de acceso a los servicios de planificación familiar por parte de personas solteras y adolescentes.

Por otra parte, el reconocimiento que la conferencia dio al hecho de que los gobiernos no podrán alcanzar las metas planteadas en ella sin la colaboración entre los diversos sectores de la sociedad, tiene consecuencias trascendentes a corto y largo plazos. En este sentido, las Naciones Unidas se comprometieron a apoyar a las ONG para que realicen labores de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la plataforma

<sup>37</sup> En el caso de México, el Consejo Nacional de Población es la institución encargada de distribuir los fondos de las Naciones Unidas a las ONG.

por los gobiernos, para lo cual destinó fondos que distribuyen Unifem y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).<sup>57</sup>

Los trabajos preparatorios y de seguimiento a la IV Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing en 1995,<sup>58</sup> continuaron dando un fuerte impulso a la acción concertada de las ONG. Más de 200 ONG mexicanas se vincularon a la red de ONG de mujeres Hacia Beijing 95, que en varios estados tuvo una activa participación en promover la discusión sobre la situación de las mujeres y en la elaboración de diagnósticos e informes regionales. Sobre esta base la red trabajó en la preparación del plan nacional de acción que identificó prioridades. Las ONG estuvieron representadas en la delegación oficial mexicana y participaron en la coordinación regional con otras ONG latinoamericanas.

La difusión amplia de los documentos aprobados en las conferencias internacionales y el monitoreo del cumplimiento de los acuerdos suscritos por los gobiernos, son las tareas que enfrentan las ONG, contando para ello con el apoyo económico del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Se trata de una labor compleja que requiere de formación técnica y consume mucho tiempo. Pero las ONG parecen dispuestas a asumir el reto: en 1996 el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, la Coordinadora Nacional de Organizaciones de Mujeres por un Milenio Feminista (antes Hacia Beijing 95) y Modemmujer (sistema de enlace entre ONG creado con el apoyo financiero de la Fundación Ford), elaboraron conjuntamente un proyecto de capacitación sobre el seguimiento a los compromisos internacionales firmados por el gobierno mexicano y sobre las nuevas técnicas y estrategias de presión política para lograr que esos acuerdos se cumplan.

Como parte de la labor de seguimiento a los acuerdos de El Cairo y Beijing, las representantes de estas organizaciones han continuado participando en reuniones regionales como la que tuvo lugar en Quito en junio de 1997. Allí se acordaron una serie de recomendaciones para la Organización Panamericana de la Salud y para el Fondo de las Naciones Unidas para la Población, concernientes a: 1) la promoción de los derechos sexuales y reproductivos; 2) la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes; 3) la promoción de la participación masculina y la responsabilidad compartida entre varones y mujeres, y 4) la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud sexual y reproductiva. Este cuarto eje incluye la formación de recursos humanos, la observación ciudadana de los servicios y el fortalecimiento del movimiento de salud de las mujeres de América Latina y el Caribe.

<sup>58</sup> Las primeras tres conferencias de Naciones Unidas de la Mujer se llevaron a cabo en México (1975), Copenhague (1980) y Nairobi (1985).

*Algunas reflexiones sobre una historia en construcción*

La revisión de las trayectorias de las ONG vinculadas con la salud reproductiva sugiere que en una primera etapa (hasta fines de los años ochenta) el detonante para la creación de muchas de ellas fue la necesidad de prestar servicios en áreas no cubiertas por la acción del Estado, o con enfoques alternativos a los aplicados por el sector público. En la década de los noventa se multiplicó el número de ONG especializadas en áreas específicas de la salud reproductiva y, al haber más recursos destinados a sus actividades, han podido avanzar en la profesionalización de sus equipos y en el aprendizaje de cuestiones técnicas. Paralelamente a su trabajo en el desarrollo de modelos alternativos de atención se fue reforzando su papel como articuladoras de un conjunto de demandas cada vez mejor elaboradas y más complejas, con las cuales intentan ejercer presión sobre el Estado para lograr cambios en la legislación y para mejorar la calidad de los servicios públicos. Estas demandas también han recibido un fuerte apoyo e impulso de las nuevas normativas acordadas en las reuniones internacionales de los noventa.<sup>59</sup>

Al revisar estos procesos observamos que la mayor parte de las instituciones y organizaciones que actúan en el campo de la salud reproductiva muestra mayor apertura al diálogo entre sí que en épocas anteriores. Esta posibilidad de comunicación entre ONG, funcionarios, legisladores y académicos, sin duda es uno de los logros más importantes y más promisorios en este periodo. También lo es el más reciente esfuerzo de varias ONG por realizar labores de cabildeo y monitoreo del desempeño de la gestión pública y del cumplimiento de los acuerdos internacionales suscritos por México. Para quienes no están familiarizados con el trabajo de las ONG (y aun para quienes lo conocemos), resulta verdaderamente impresionante la magnitud de su agenda en los últimos años.

En términos generales, quizá la demanda conjunta más importante que las ONG le hacen al Estado, es que autoridades y funcionarios tengan una auténtica disposición al diálogo, mayor apertura para escuchar propuestas y que acepten la participación de las partes interesadas en los procesos de toma de decisiones, para aportar su experiencia y su conocimiento de las necesidades y problemas. En este sentido, las ONG que trabajan sobre salud reproductiva forman parte de ese amplio espectro de la sociedad mexicana que presiona en favor de una democratización de las instituciones y del respeto a sus derechos.<sup>59</sup> Sus posibilidades de continuar avanzando en esta dirección están ligadas inevitablemente al destino de la transición política y al rumbo que tome el conjunto de la sociedad.

<sup>59</sup> Véase Cortés (1992); Cisneros (1994).

Una mirada retrospectiva al conjunto de la labor de las ONG mexicanas que trabajan en el campo de la salud reproductiva nos dice que los avances que han logrado son incipientes, pero muy importantes. En muy poco tiempo han ganado nuevas experiencias en nuevos espacios. Dos parecerían ser los desafíos inmediatos. Uno es de carácter práctico: seguir consiguiendo el apoyo económico necesario para llevar a cabo la amplia variedad de actividades de su recargada agenda o, mejor aún, alcanzar una mayor autonomía económica. El segundo desafío es más estratégico y trascendente: mediante su trabajo y sus propuestas llegar a ser reconocidas por las instituciones públicas como legítimas interlocutoras. Esto requiere que su trabajo sea ampliamente conocido y respaldado más allá de los límites de la población con la que tienen contacto inmediato. Es decir, las ONG deben desarrollar aún más sus capacidades de movilizarse a la opinión pública.

Finalmente, las actuales condiciones de continuo deterioro económico del país enfrentan a las ONG con más retos todavía. En contextos de pobreza y extrema pobreza de gran parte de la población, como es el caso de México, un primer derecho respecto a la salud es aquel relacionado con los servicios públicos gratuitos o de muy bajo costo. Las ONG que se ocupan de la salud sexual y reproductiva han incluido en sus agendas como una demanda muy importante la lucha por mejorar la calidad de estos servicios. Pero los recortes de los presupuestos gubernamentales que han tenido lugar en tiempos recientes constituyen una amenaza seria no sólo a la calidad, sino incluso al mantenimiento de los servicios.<sup>60</sup> Si las ONG desean tener un papel estratégico en la definición de las políticas públicas para la salud reproductiva, también tendrán que tomar posiciones respecto a la defensa de estos servicios.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Irma E. y O. Pastrana, "Evaluación y sistematización del programa de salud reproductiva de los Centros Infantiles Campesinos", en *Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos*, Fundación MacArthur/Asociación Mexicana de Población, Monterrey, 1998, pp. 223-250.
- Alarcón, Francisco *et al.*, *Prioridades en salud reproductiva*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Serie Estudios, núm. 3, México, 1993.

<sup>60</sup> Además del problema del insuficiente presupuesto, está la cuestión de la reforma del sector salud sobre la base de los lineamientos trazados por el Banco Mundial en su informe *Invertir en salud*, Washington, D. C., 1993. Para una discusión de los efectos de esta política véase Laurell, 1997.

- Alatorre, Javier *et al.*, "Mujer y salud", en *Las mujeres en la pobreza*. Gimtrap/El Colegio de México, México, 1994.
- Bloom, Gerald, "Administración del desarrollo del sector salud: los mercados y la reforma institucional", en Christopher Colclough y J. Manor (comps.), *¿Estados o mercados? El neoliberalismo y el debate sobre las políticas de desarrollo*. Fondo de Cultura Económica, México, 1994, pp. 300-330.
- Blumberg, Rae (ed.), *Gender, Family, and the Economy. The Triple Overlap*, Sage Publications, Newbury Park, 1991.
- Cabrera, Gustavo, "Demographic Dynamics and Development: The Role of Population Policy in Mexico", en J. Finkle y C. A. McIntosh, *The New Politics of Population: Conflict and Consensus in Family Planning*, The Population Council/Oxford University Press, Nueva York y Oxford, 1994, pp. 105-120.
- Cardaci, Dora, "Pensando como mujeres... Propuestas educativas en salud de los colectivos y redes de mujeres", en Soledad González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, 1995, pp. 129-165.
- Castro, Roberto y M. Bronfman, "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", en J.G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, 1998, pp. 205-238.
- Cisneros, Armando, "Crisis y movimientos sociales urbanos", en E. de la Garza (coord.), *Crisis y sujetos sociales en México*, Universidad Nacional Autónoma de México/M. A. Porrúa, México, 1992, pp. 205-224.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), FNUAP y CEIAC, *Consenso Latinoamericano y del Caribe Sobre Población y Desarrollo*, Reunión de Expertos Gubernamentales de Países en Desarrollo, documento de Sala de Conferencias (CEG/1/Add.1/Rev.1), México, 1 de mayo, 1993.
- Comité Nacional ONG Mexicanas Hacia Beijing '95, *Las mujeres mexicanas frente al nuevo milenio*, borrador documento de las ONG mexicanas Hacia Beijing '95, México, septiembre de 1994.
- Conferencia Internacional Para el Desarrollo (CIPD), Naciones Unidas, 1994, *Consideraciones y recomendaciones de las ONG*, reunión paralela a la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo, México, 29 de abril-1 de mayo de 1993.
- Cortés, Carlos, "Las organizaciones no gubernamentales: un nuevo actor social", *Revista Mexicana de Sociología*, 1994 (2), pp. 149-157.
- Correa, Sonia, *DAWN, Un esfuerzo de investigación (1992-1994). Componente de los derechos de población y reproducción*, documento de plataforma/Ideas preliminares, febrero de 1993.
- Declaración de las mujeres sobre políticas de población mundial. Voces de las Mujeres 94, en preparación a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994*, 4 de marzo de 1993.
- Elu, M. del Carmen y A. Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES), México, 1994.
- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, Secretaría de Salud/Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., México y Colombia, 1989.
- Freyermuth, Graciela, "Antecedentes de Acteal: muerte materna y control natal: ¿genocidio silencioso?", en R. Hernández Castillo (coord.), *La otra pala-*

bra. *Mujeres y violencia en Chiapas, antes y después de Acteal*, CIESAS, México, 1998, pp. 63-83.

Fundación Ford, *Reproductive Health: A Strategy for the 1990's*. Fundación Ford, Nueva York, 1991.

Germain, Adrienne y J. Ordway, *Population Control and Women's Health: Balancing the Scales*, International Women's Health Coalition, 1989.

González Montes, Soledad (comp.), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México, 1995.

González Ruiz, Édgar, *Conservadurismo y sexualidad. Cómo propagar el SIDA*, Rayuela, México, 1994.

Hartmann, Betsy, *Reproductive Rights and Wrongs. The Global Politics of Population Control*, South End Press, Boston, 1995.

Heise, Lori et al., *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*, The World Bank, Washington, D. C., 1994.

— et al., *Sexual Coercion and Reproductive Health. A Focus on Research*, The Population Council, Nueva York, 1995.

Kardam, Nuket, *Bringing Women In. Women's Issues in International Development Programs*, Lynne Rienner Publishers, Boulder y Londres, 1991.

Keck, Margaret y K. Sikkink, *Activists Beyond Borders. Advocacy Networks in International Politics*, Cornell University Press, Ithaca y Londres, 1998.

Lamas, Marta, "Progress Toward a Reproductive Health Paradigm: Post-Cairo Implementation in Mexico", en *Report from the Meeting on Women's Health, Human Rights and Family Planning Programs in Mexico and Peru*, The Health and Development Policy Project/The Population Council, 1996, pp. 29-35.

— et al., "El movimiento feminista en la década de los ochenta", en E. de la Garza (coord.), *Crisis y sujetos sociales en México*. UNAM/Porrúa, México, 1992.

Langer, Ana y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council y Edamex, México, 1996.

— y R. Lozano, "Condición de la mujer y salud", en J. G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, 1998, pp. 33-82.

Laurell, Asa C., "La política de salud en el contexto de las políticas sociales", ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, 2-6 de junio de 1997.

Lozano, Itziar, *De cara a las mujeres: perspectivas e incertidumbres de la cooperación internacional*, CIDHAL, A. C./ D. F., Col. Debate, núm. 1, México, 1990.

MacArthur Foundation. *Report on Activities*. Chicago, 1995.

Mesa Redonda, "El financiamiento: el ruido del dinero", *Debate Feminista*, 6 (12), pp. 273-296, 1995.

*Memoria del Encuentro Nacional Educación Sexual en México: Realizaciones y Perspectivas en el Decenio de los Noventa*, Asociación Mexicana de Educación Sexual, A. C. y Consejo Nacional de Población, México, 1992.

Menéndez, Eduardo, "Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria", en C. Roersch et al., *Medicina tradicional, 500 años después*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo, 1993, pp. 63-104.

- Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la salud: mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad*, División de Promoción y Protección de la Salud, Serie Documentos Reproducidos (HPP 1/93), Washington D. C., 1993.
- Ortiz Ortega, Adriana, *Razones y pasiones en torno al aborto*, Edamex, México, 1994.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000*.
- Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, *Directorio de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en beneficio de la mujer*, segunda edición, corregida y aumentada, El Colegio de México, México, 1993.
- Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos, *Informe final del Primer Seminario Regional Latinoamericano sobre Salud y Derechos Reproductivos. San Pablo, mayo de 1991*, Amsterdam, 1991.
- *Informe final del Segundo Seminario Regional Latinoamericano sobre Salud y Derechos Reproductivos, Nicaragua, diciembre de 1991*, Amsterdam, 1992.
- Riquer, Florinda et al., "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública", en Ana Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council y Edamex, México, 1996, pp. 247-287.
- Rodríguez, Gabriela et al. "Educación para la sexualidad y la salud reproductiva", en Ana Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council y Edamex, México, 1996, pp. 343-373.
- Sai, F. y J. Nassim, "The Need for a Reproductive Health Approach", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3, 1989, pp. 103-113.
- Salles, Vania y R. Tuirán, "Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones: sexualidad, salud y reproducción*, núm. 6, El Colegio de México, México, 1995.
- Salud Reproductiva y Sociedad*, Órgano Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.
- Saucedo, Irma, "Las ONG de mujeres en México", ponencia presentada en el Foro de Derechos Humanos, Mujeres y Filantropía, mayo de 1993.
- Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, *Directorio nacional de organismos de la sociedad civil, 1995-1996*, Grupo Noriega Eds. y Fundación Murrieta, México, 1996.
- Sen, Amartya, *Inequality Reexamined*, Clarendon Press, Oxford, 1992.
- Sen, Gita, A. Germain y L. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*, Harvard University Press, Harvard Series on Population and International Health, Boston, 1994.
- Sentís, Yolanda (coord.), *Salud de la mujer*, Consejo Nacional de Población, México, 1995.
- Soberón, G., J. Kumate y J. Laguna (comps.), *La salud en México. Testimonios*, T.I: Fundamentos del cambio estructural. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Fondo de Cultura Económica, México, 1988.

- Solimano, Giorgio y J. Salinas (eds.), *Salud con la gente. El rol de las ONG en las políticas públicas en América Latina*, Ed. Corporación de Salud y Políticas Sociales, Santiago de Chile, s.f.
- Soto, Shirlene, *Emergence of the Modern Mexican Woman: Her Participation in Revolution and Struggle for Equality, 1910-1940*, Arden Press, Denver, Colorado, 1990.
- Szasz, Ivonne, "La condición social de la mujer y la salud", en Soledad González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México, 1995, pp. 13-26.
- Talamante, Cecilia *et al.*, "¿Es la cooperación para las mujeres?", en *Las mujeres en la pobreza*. Gimtrap/El Colegio de México, México, 1994, pp. 325-343.
- Tarrés, María Luisa, "Espacios privados para la participación pública. Algunos rasgos de las ONG dedicadas a la mujer", *Estudios Sociológicos*, 14 (4), pp. 7-32, 1996.
- Tolbert, Kathryn *et al.*, "El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento", en Ana Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council y Edamex, México, 1996, pp. 289-315.
- Tuñón, Esperanza, *Mujeres que se organizan. El Frente Único Pro Derechos de la Mujer, 1935-1938*, UNAM/Porrúa, 1992.
- , *Mujeres en escena: de la tramoya al protagonismo. El quehacer político del movimiento amplio de mujeres en México (1982-1994)*, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM/El Colegio de la Frontera Sur/Porrúa, México, 1997.
- UNIFEM, *Informes de las ONG para la Conferencia Mundial de la Mujer en Pekín 1995*, México, 1994.
- United Nations Population Fund, *Incorporating Women into Population and Development. Knowing Why and Knowing How*, UNFP, Nueva York, 1991.
- Urbina (1992)
- Zavala de Cosío, M. Eugenia, *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica, México, 1992.



# EL TRABAJO DE LAS ONG EN EL CAMPO DE LA SEXUALIDAD Y LA EDUCACIÓN SEXUAL

MARÍA TERESA PÉREZ VÁZQUEZ<sup>1</sup>

A partir de la década de los setenta se inició en México un proceso por el cual la concepción sobre la sexualidad se fue modificando sustancialmente. En este proceso tuvieron un papel central organismos no gubernamentales como la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) y el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), que actuaron como pioneros de la educación sexual formal e informal y en la preparación de profesionales especializados. También los planteamientos feministas influyeron sobre la reconceptualización de la sexualidad, pues el movimiento feminista insistía en el derecho de la mujer a planear sus embarazos, a tener un ejercicio libre de sexualidad y a decidir sobre su cuerpo. Hoy en día el debate entre las ONG y el movimiento feminista por un lado, y el Estado y los grupos de poder por el otro, gira en torno a los derechos sexuales y reproductivos (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994). Con este nuevo enfoque, según el cual la reproducción y la actividad sexual protegida descansan sobre los derechos humanos, las organizaciones no gubernamentales representan una fuerza política relevante en el cambio sociocultural del país.

De ahí la importancia de rescatar la experiencia de estas organizaciones. En el presente trabajo describo el contexto en el que surgen estos grupos y los acontecimientos más significativos que ejercieron influencia sobre su trabajo. La segunda parte de mi trabajo analiza su filosofía y modelos de atención, así como acontecimientos relevantes para su desarrollo. Concluiré señalando algunos puntos de encuentro con las políticas públicas, así como las divergencias y conflictos que han tenido con los sectores conservadores de la sociedad.

<sup>1</sup> Investigadora asociada del Grupo de Trabajo sobre Violencia Doméstica y Salud Reproductiva del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

## EDUCACIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

El periodo en el que surgen Mexfam, AMES y CORA, se caracteriza por la variedad de hechos que forman parte de la historia de la práctica anticonceptiva en México. Una visión de esta historia muestra que el control de la reproducción ha sido promovido desde diferentes posiciones ideológicas y políticas que han intentado moldear las políticas gubernamentales.

El término control natal fue propuesto por Margaret Sanger en 1915 en Estados Unidos y surgió como una reivindicación política de los movimientos feminista y sociales de la época, que propugnaban por la libertad sexual y reproductiva de las mujeres en la lucha por la autodeterminación femenina y la igualdad entre los sexos. En el centro de la discusión estaba el vínculo entre la sexualidad, la reproducción y la posición social de las mujeres y no la preocupación por el índice de crecimiento de la población (Tuirán, 1995). En México este movimiento encontró eco en 1925 durante la presidencia de Plutarco Elías Calles. En ese año, el gobierno federal estableció tres clínicas anticonceptivas y distribuyó entre 200 000 y 300 000 folletos de Margaret Sanger, muchos de ellos en las oficinas de los registros civiles. Estas iniciativas no concebían el control natal como un medio para regular el crecimiento de la población, sino como un instrumento explícitamente dirigido a mejorar la situación de la mujer en México (Tuirán, 1995).

Aunado a este esfuerzo, la Federación Mexicana del Trabajo inauguró su primera clínica especializada en control natal con el propósito de proporcionar a sus agremiados información y orientación al respecto. Sin embargo, el interés de las organizaciones laborales por esta iniciativa se disipó rápidamente, mientras que en algunas regiones del país dio origen a un discurso pseudocientífico cargado de prejuicio racial y social en favor de las élites. El movimiento en favor del control de la población, de orígenes malthusianos, tomó una postura de preocupación especialmente por la sobrepoblación y su potencial impacto sobre el crecimiento económico, los grados de pobreza, la disponibilidad futura de recursos naturales y la estabilidad política de las naciones. En las décadas de los años cuarenta y cincuenta esta corriente adquirió fuerza en los países del tercer mundo, confluyendo con el interés que algunas instituciones filantrópicas estadounidenses tenían en apoyar la creación de centros de investigación demográfica (Tuirán, 1995).

En años posteriores, un número considerable de organizaciones apoyó los esfuerzos tendientes al control de la población. En este contexto se dio especial ayuda a la investigación en materia anticonceptiva. De esta manera, la doctora Rice Wray, quien había trabajado en Puerto

Rico para desarrollar la píldora anticonceptiva, llegó a México en 1957 como parte de la oficina de la Organización Mundial de la Salud en el país y, un año más tarde, fue cofundadora de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia, la primera clínica de planificación familiar en México, en la cual se desempeñó como responsable de la dirección de investigación clínica. En 1959 fundó la Asociación Pro-Salud Maternal. Estas organizaciones privadas se dedicaron al estudio de métodos hormonales, al adiestramiento de personal y a la atención de la demanda de servicios de planificación familiar.

Entre 1959 y 1966, la Asociación Pro-Salud Maternal realizó 28 proyectos de investigación sobre compuestos y dosis anticonceptivas, tarea para la cual recibía apoyo financiero de donadores privados y de instituciones canadienses, europeas y estadounidenses. Debido a su abierto cuestionamiento de la política demográfica en nuestro país, a su origen extranjero y a la utilización de recursos externos, la doctora Wray no fue considerada como participante legítima en esta labor en el ámbito político mexicano. Finalmente, con la creación en 1965 de la Fundación para Estudios de Población (FEPAC, posteriormente Mexfam), empieza el proceso por medio del cual los servicios de planificación familiar acaban ligándose al aparato de salud del Estado, al legitimarse la hegemonía de la profesión médica en estos programas.

En materia de políticas demográficas, han existido dos paradigmas radicalmente opuestos en México: en un primer momento el gobierno consideró que la expansión demográfica es la condición necesaria para la consolidación y la fortaleza nacionales, mientras en una segunda etapa la vio como impedimento para el proceso de desarrollo económico. Es decir, hasta fines de la década de los años sesenta el Estado impulsó una política pronatalista, pero a comienzos de la siguiente década dio un giro radical en la dirección contraria, en favor del control de la fecundidad.

Estas posiciones se plasmaron en la legislación y en las políticas demográficas. En 1936, la primera Ley General de Población definió siete problemas demográficos fundamentales de cuya resolución se ocuparía. El primero de ellos era el aumento de la población, que se procuraría por medio del crecimiento natural, la repatriación y la inmigración (Art. 4º). Mientras la ley promulgada en 1947 mantuvo la misma línea poblacionista, la nueva ley General de Población promulgada a principios de 1974 estableció como objetivo "regular los fenómenos que afectan a la población en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social" (Art. 1º) (Cervantes, 1995).

El cambio en la posición del Estado respecto al crecimiento demográfico se justificó por la transformación poblacional que había tenido

lugar: la disminución de las tasas de mortalidad, los cambios en las principales causas de muerte, el aumento en la esperanza de vida al nacer, entre otras. Estos elementos influyeron, en mayor o menor medida, para que la tasa de crecimiento de la población aumentara hasta su máximo grado entre los sesenta y los setenta. En este marco, el control del crecimiento poblacional se consideró indispensable para acceder al desarrollo y la modernidad. Como parte de esta visión, en la década de los setenta las instancias gubernamentales formularon políticas en diversos ámbitos con el objeto de modernizar al país, entre las que se incluyó la legitimación de la educación sexual de la población. Se vio la necesidad de reformular los planes y programas para incorporarlos a los libros de texto gratuitos, lo que se hizo desde 1974.

Para dar impulso a la nueva política demográfica se creó el Consejo Nacional de Población en 1974, dentro del cual se organizó el Programa Nacional de Educación Sexual, con el que el Conapo pretendía llegar a amplios sectores de la población mediante los diversos organismos y Secretarías de Estado que participaron en su conformación. Los modelos de educación sexual que se elaboraron contenían aspectos biopsicosociales de la sexualidad, dirigidos a maestros, profesionales de la salud y promotores rurales. En esta tarea tuvo un papel fundamental la Asociación Mexicana de Educación Sexual, AMES, fundada en 1972. También se recurrió a profesionales de la Asociación Mexicana de Sexología, que existía desde 1969 y que fue la primera en este género en América Latina. A su vez los medios de comunicación, como radio, televisión y prensa contribuyeron difundiendo mensajes respecto a la planificación familiar y la sexualidad.

La celebración en México de la Conferencia Internacional de la Mujer, en 1975, auspiciada por las Naciones Unidas, propició la reflexión sobre la condición femenina, la salud sexual, los derechos reproductivos, y dio origen a diversas reformas legislativas en los ámbitos del derecho familiar, civil y laboral, encaminadas a conseguir la igualdad en la condición jurídica de la mujer. Tres años más tarde, en 1978, se fundó el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), y un año después, el Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX). En este último año se realizó en México el Congreso Mundial de Sexología, que dio un nuevo impulso a las prácticas educativas, terapéuticas y de investigación en este particular campo disciplinario (Rodríguez y Aguilar, 1992). Otro suceso importante por la influencia que tuvo sobre el trabajo de Mexfam, AMES y CORA, fue que las Naciones Unidas declaró a 1985 Año Internacional de la Juventud, lo que desde entonces dio a los adolescentes un lugar prioritario y favoreció la proliferación de programas para su atención.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANEACIÓN FAMILIAR (MEXFAM)<sup>2</sup>

Esta organización tiene sus antecedentes en la Fundación para Estudios de Población (FEPAC), creada en 1965 y desde 1983 adoptó el nombre de Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam). Cuando se fundó FEPAC, en México aún no existían servicios de planificación familiar. El antecedente inmediato de este grupo fue Pro-Salud Maternal la cual funcionaba con dos clínicas en la colonia Roma de la capital. Esta organización operaba básicamente con un modelo clínico en un consultorio con médico y enfermera, trabajadora social y promotoras que desempeñaban la labor de distribuir métodos anticonceptivos. Pro-Salud Maternal fue la primera organización del país que brindó servicios de planificación familiar y, al mismo tiempo, pionera en la investigación sobre la píldora anticonceptiva.

Poco después, la FEPAC puso en marcha su modelo clínico en los estados de la República. Con las mujeres inscritas en estos servicios se probaron la píldora anticonceptiva y el dispositivo intrauterino. La importancia de este proyecto se hizo visible en su expansión: para 1974 tenía alrededor de 200 clínicas en el país. Posteriormente, con investigadores y demógrafos de El Colegio de México, se formó parte del trabajo preparatorio para la elaboración de la Ley General de Población y la fundación del Consejo Nacional de Población, en 1974, para la cual fue útil la experiencia de FEPAC.

Una vez que las instituciones públicas de salud se hicieron cargo de la planificación familiar, Mexfam adoptó la estrategia de llegar a las zonas donde los servicios gubernamentales son nulos o escasos, razón por la cual empezó a cerrar la mayor parte de sus clínicas en el Distrito Federal.

Por 1982 se renovó el equipo de esta ONG, que comenzó a proporcionar otros servicios, como la educación sexual dirigida a los jóvenes, los adolescentes y los chavos banda, en escuelas, centros de trabajo y zonas marginadas. En esta nueva etapa se hizo evidente la necesidad de contar con recursos propios pues las financiadoras internacionales amenazaban con reducir presupuestos. Con la presión por generar mayores ingresos se pensó en otras estrategias, como la de trabajar con los médicos comunitarios en lugar de mantener clínicas propias. Ahora se trataba de servicios subvencionados en zonas marginadas, con un pequeño consultorio y un médico que cobraba sus consultas con una cuota muy baja. La idea era crear un centro autofinanciado, proporcionando capacitación a los médicos y apoyo por

<sup>2</sup> Agradecemos a Gabriela Rodríguez la información proporcionada en la entrevista que tuvo lugar el 12 de julio de 1993.

un año, facilitándoles el consultorio. Los servicios que se brindaban eran atención sobre salud en general, salud reproductiva y planificación familiar.

Además de su trabajo de intervención por medio de servicios, esta organización se ha dedicado a difundir en la población la nueva cultura de la salud sexual, entendiéndola por ésta la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, que no incluye como elemento indispensable la procreación, porque en esencia, la sexualidad se desarrolla en la comunicación, en la convivencia y en el amor entre las personas.

Es decir, Mexfam concibe el trabajo sobre la sexualidad de forma integral, pues toma en cuenta la visión médico-biológica e incluye elementos psicológicos, psicoanalíticos y sociales. Y por otra parte hay que señalar que a lo largo de su trayectoria Mexfam ha hecho un esfuerzo por reconceptualizar la sexualidad cuando las definiciones previas resultaron insuficientes.

En este contexto, el concepto de planificación familiar tiene como punto focal la responsabilidad reproductiva por medio de la decisión libre e informada; se enmarca en el bienestar y desarrollo personal, familiar y social; se extiende a aspectos de educación y salud, en particular sexual y reproductiva; promueve el mejoramiento de la condición de la mujer y una mayor participación de los hombres (López y Lazo, 1995).

### *Formas de trabajo*

El modelo de atención de esta organización se centra en dos líneas prioritarias: la prevención y la intervención. Actualmente su campo de acción enfatiza tres aspectos: la difusión de la nueva cultura de la salud sexual entre los jóvenes, el fortalecimiento de la mujer como elemento indispensable en la creación de una nueva relación de pareja, y la prevención del embarazo no deseado entre los sectores marginados de las poblaciones rural y urbana (López y Lazo, 1995). Ha desplegado su gama de servicios dirigidos a adolescentes, mujeres y hombres, profesionales de la salud y de la educación en contextos urbanos y rurales, dando prioridad a la población marginada.

Mexfam difunde la práctica de la planeación familiar y la educación sexual mediante varios tipos de programas. Entre ellos se encuentran los consultorios comunitarios y el programa Gente Joven que educa sobre la comunicación en la familia, pubertad, sexualidad, enfermedades sexualmente transmisibles, embarazo precoz y anticoncepción. Por su parte, el programa de activación regional tiene por objetivo activar los recursos existentes de médicos ya establecidos, maestros, parteras y líderes naturales, a los que brinda asesoría, capacitación y materiales educativos, anticonceptivos e instrumental médico. Cuenta también con

programas de cooperación con organismos públicos y privados, y además elabora gran variedad de materiales educativos. En particular, ha dado énfasis a la producción de películas, audiovisuales, folletos, carteles, rotafolios.

Uno de los problemas que ha tenido que enfrentar Mexfam es que los médicos no están dispuestos a trabajar en zonas marginales y que en los actuales programas de estudio no hay asignaturas que profundicen acerca de la importancia de la salud comunitaria. Para la mayoría de los médicos el ideal es un hospital o consultorio privado, por lo que al trabajo comunitario lo toman como algo temporal o bien desertan. Para evitar estos problemas, los integrantes de Mexfam han definido un perfil de los profesionales con los que es necesario trabajar, y para que se establezcan en la comunidad les proporciona ayuda durante un año.

En la actualidad, Mexfam cuenta con 170 médicos en el país, a quienes provee de consultorio, medicamentos, capacitación y constante actualización por medio de foros, eventos y publicaciones recientes del área médica. La capacitación para médicos de zonas urbanas o rurales incluye temas de educación sexual, planificación familiar y saneamiento ambiental, así como sobre la redistribución de desperdicios sólidos, contaminación del agua, todo ello con la idea de introducir elementos preventivos además de los curativos.

Otro modelo de intervención en el área rural es la capacitación de promotoras de salud en general, privilegiando el trabajo de género: se promueve la autoestima de las mujeres y la reflexión sobre su situación como mujeres campesinas. Desde hace más de dos años también se ha empezado a trabajar con los maridos de estas mujeres. Este último proyecto funciona con recursos de la Fundación MacArthur y es un trabajo complejo y costoso que se espera extender a todos los programas rurales de Mexfam.

En términos de la metodología anticonceptiva, las usuarias prefieren las píldoras, sobre todo en el área rural. Las demandas de esterilización mediante cirugía —Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)— se dirigen al Seguro Social y a la Secretaría de Salud. El proyecto de cirugía masculina se ha aplicado con dificultades, pues pocos hombres optan por este método, como muestra el caso del centro de vasectomía que se encuentra en la Villa.

La demanda del condón ha aumentado considerablemente, seguramente debido a la epidemia del SIDA. En el medio rural se ha promovido la utilización del DUO, que consiste en usar condón y óvulo, pues es un método muy eficaz, tan seguro como las píldoras y con efectos secundarios mucho menores. Una desventaja que presenta este método es el almacenamiento de los óvulos, ya que en zonas calurosas los óvulos se tienen que mantener en refrigeración, además de que son más costosos

que los métodos hormonales; de ahí la preferencia por la píldora, que es más fácil de utilizar y se consigue a bajo costo.

La forma en que Mexfam lleva a cabo su trabajo consiste en seleccionar comunidades que carecen de servicios de salud e invitar a las mujeres a participar en los cursos de capacitación en primeros auxilios. Puesto que el problema en estas zonas es el servicio de emergencia, este tema convoca de inmediato. Al tema de salud se le dedica casi un año de capacitación, posteriormente se introduce el tema de la educación sexual y se finaliza con saneamiento ambiental. Se trabaja en cuatro regiones divididas en ocho zonas, con un total de 32 comunidades, cada una de las cuales tiene un promedio de alrededor de 1 000 habitantes y cuenta con entre 15 y 20 promotoras. Las mujeres que participan son adolescentes, jóvenes y adultas cuyas edades fluctúan entre 15 y 45 años. Estas mujeres terminan siendo el recurso básico de atención a la salud, pues algunas atienden partos y proporcionan primeros auxilios. Una vez capacitadas y equipadas pueden cobrar sus servicios y utilizarlos como estrategia de sobrevivencia.

#### *Vínculos con otras instituciones*

Mexfam ha establecido una red de vínculos con instituciones públicas y privadas, entre las que destacan el Instituto Mexicano del Seguro Social, el DIF, Conasida, Grupo CADS en San Miguel de Allende, etc., por medio del apoyo que les brinda con sus capacitaciones para la utilización de materiales didácticos que ha elaborado (películas, rotafolios, folletos y manuales). Un ejemplo es el programa Gente Joven, para el cual se capacitó al personal de la Jefatura de Planificación Familiar que iniciaba el trabajo con adolescentes.

Con la Secretaría de Salud existe un apoyo mutuo, ya que esta institución provee a Mexfam de anticonceptivos que ésta hace llegar a los centros de salud de las comunidades, estableciendo redes de almacenaje y distribución como es el caso del centro ubicado en Toluca.

Para llevar a cabo proyectos de salud ha sido necesario que médicos y promotoras trabajen muy cerca de los presidentes municipales, sobre todo cuando se trata de promover los proyectos de saneamiento ambiental. Por otra parte, Mexfam también tiene relación con el Consejo Nacional de Población, con el que ha elaborado una serie de libros sobre educación sexual que incorporan técnicas didácticas para su enseñanza y manuales para maestros de primaria y secundaria. Recientemente se ha publicado una nueva edición de estos materiales.

*Relación con las financiadoras internacionales*

La relación de Mexfam con las financiadoras ha sido muy buena. En esto influye que se trata de una organización prestigiosa por su trabajo y largo tiempo de vida, y que presta servicios de planificación familiar.

A los dos años de su creación esta organización se afilió a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), con sede en Londres, a la que están afiliadas ONG de 139 países. Éste es el sostén más importante que ha tenido a lo largo de su existencia, pues le ha cubierto casi la mitad de sus recursos. Además, cuenta con recursos de otras 21 financiadoras de distintas dimensiones, según la magnitud de los fondos que manejan y que ofrecen como apoyo. La Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (AID), financia a Mexfam desde hace diez años aproximadamente, y Pathfinder funge como su intermediaria. La Fundación MacArthur la financia desde hace cinco años y la Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning la ha apoyado durante quince años. Esta última trabaja sobre todo con proyectos que vinculan la problemática de la parasitosis con la planificación familiar. Con sus fondos Mexfam ha producido 24 películas. Entre las financiadoras de menor tamaño que le dan apoyo se encuentra la Fundación Hewlett-Packard.

La AID cubre 40% de los fondos de Mexfam, ha financiado la réplica del modelo de atención comunitaria con la participación de 200 médicos, y recientemente ha destinado la mitad de los recursos concedidos a un fondo patrimonial para asegurar la continuidad de ciertos proyectos debido a que la agencia piensa retirarse del país.

Hay que señalar que Mexfam destina algunos de los recursos que recibe a organizaciones de mujeres que se inscriben en líneas progresistas, para que elaboren materiales didácticos. De esta manera les brinda la posibilidad de plasmar la experiencia adquirida en zonas rurales y en otras áreas de su trabajo.

### ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDUCACIÓN SEXUAL (AMES)<sup>3</sup>

La AMES se fundó en 1972 con tres profesionistas que habían viajado por Europa y Latinoamérica. Los tres coincidían en que era necesario el trabajo en torno a la sexualidad humana en nuestro país para lograr el disfrute de una sexualidad más plena, con responsabilidad repro-

<sup>3</sup> Agradecemos a Esther Corona la información proporcionada en la entrevista que tuvo lugar el 26 de noviembre de 1993.

ductiva compartida por ambos sexos e igualdad de papeles sexuales y patrones de conducta para varones y mujeres. El proyecto se inició sin recursos económicos, con la convicción de que se debía cambiar la realidad mediante la capacitación y la investigación sobre el tema, trabajando con mujeres y hombres por una educación sexual no sexista.

AMES ha contribuido a generar en el país mayor apertura hacia el estudio de la sexualidad, ha mejorado el conocimiento de los fenómenos que intervienen en ella, y ha realizado un importante aporte teórico en áreas como la biología, la sexología, los estudios de género y el feminismo, todo lo cual le ha dado la posibilidad de consolidar el trabajo en este sentido.

Al mismo tiempo, han surgido fuerzas conservadoras que se oponen al trabajo en el terreno de la sexualidad, lo que implica un retroceso significativo en este sentido, ya que estos grupos actúan con más recursos y tienen mayor peso político que las ONG que trabajan sobre la sexualidad. Esther Corona, fundadora y directora de la AMES, refiere que a lo largo de las últimas décadas la Iglesia católica ha ganado peso e influencia política y en la actualidad constituye una oposición real a la educación sexual progresista. En este sentido, la AMES considera que es urgente actuar planteando propuestas que hagan posible no perder terreno.

En 1992 se realizó un encuentro de organismos que trabajan en educación sexual y áreas afines, durante el cual se discutieron cuestiones referentes al ejercicio del poder. En el encuentro se planteó la necesidad de organizar una red que pudiera dar apoyo político a los grupos y respaldar su trabajo, conformándose así Genesys, acrónimo de Género, Educación Sexual y Salud, cuyo alcance es nacional. Los grupos que la integran trabajan con una población amplia, pero en particular con mujeres y jóvenes, alrededor de la educación sexual, planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual (VIH y SIDA). En el trabajo que realiza esta red es importante el respeto a la identidad y competencias específicas de los grupos que la componen.

La AMES concibe la educación sexual en un marco de integralidad e interdisciplinariedad: para este grupo es indispensable la formación de profesionales con una visión que integre los diferentes elementos que configuran la sexualidad y la forma en que interviene la educación para lograr su transformación. En su concepción, la educación sexual no debe restringirse a la planificación familiar, sino que debe ser mucho más amplia. Concibe la sexualidad como una construcción social y, por lo tanto, variable. Al respecto Esther Corona señala que: "Todo cambio de actitudes y conductas está ligado a modificaciones estructurales de la sociedad; si realmente queremos garantizar la conducción de la socie-

dad hacia mejores horizontes, hemos de realizar la crítica y la transformación creativa de la sexualidad”.

! La educación sexual sirve, entonces, como instrumento de transformación de los seres humanos y de la sociedad mediante la toma de conciencia. La AMES sostiene que es necesario tomar en cuenta la intersección sexualidad-género, pues la sexualidad no se limita a aspectos reproductivos o eróticos, sino que atraviesa la identidad de todo individuo. En este sentido, uno de los objetivos de la AMES es propiciar el trabajo de elaboración de los aspectos teóricos relacionados con la sexualidad. ¡

### *Actividades*

La AMES proporciona exclusivamente educación sexual; es decir, no brinda servicios de anticoncepción. La demanda de éstos es encauzada a Mexfam o a la Secretaría de Salud. Su trabajo está dirigido a todos los sectores de la población: niños, adolescentes, adultos y ancianos de ambos sexos. ¡

! Otra área de actividad es la capacitación de profesionales de las ciencias de la salud, de las ciencias sociales, de la conducta y del magisterio, procedentes del interior de la República y del extranjero. A los profesionales de los estados se les imparte un seminario intensivo de tres semanas con duración de 120 horas, mientras que la modalidad no intensiva tiene una duración de cuatro meses con una sesión semanal de seis horas, hasta completar 120 o 160 horas.

Los seminarios tocan aspectos filosóficos, éticos, sociales e históricos del desarrollo psicológico y biológico, así como elementos metodológicos para transmitir los conocimientos a los diferentes grupos con los que trabajan sus integrantes. ¡ Los objetivos de estas capacitaciones son: actualizar e incrementar los conocimientos sobre sexualidad humana desde una perspectiva multidisciplinaria e integral; analizar actitudes y clarificar valores respecto de la propia sexualidad y la de otros; aportar elementos que desarrollen habilidades de comunicación y enseñanza que les permitan transmitir información de manera apropiada; explorar las formas en que los nuevos conocimientos y habilidades pueden ser incorporadas a sus propias circunstancias, y dar a conocer algunos programas de educación sexual relevantes que se realizan en el país. ¡

La AMES también lleva a cabo investigación, pero por dificultades económicas esta área de sus actividades no es muy fuerte. En efecto, las financiadoras, generalmente, no se interesan por invertir en la actividad de las ONG en este campo, pues hasta ahora han preferido que realicen proyectos de acción. Sin embargo, la AMES ha realizado una investigación operativa con grupos focales sobre el embarazo adolescente y la calidad de los servicios de atención a este grupo de la población. Tam-

bién ha estudiado las ideas que los adultos tienen sobre la sexualidad de los jóvenes. Todo este material le ha servido de base para diseñar estrategias educativas orientadas a esos grupos. El financiamiento necesario para este trabajo se obtuvo precisamente porque era parte de un proyecto más amplio sobre estrategias educativas. Se trató de un subcontrato del Consejo Nacional de Población con financiamiento del Fondo de Población de Naciones Unidas. A estas instituciones les interesaba la prevención del embarazo adolescente en relación con el papel que desempeñan los adultos en él. En este caso la intervención estaba dirigida a maestros y padres de familia con el objetivo de romper resistencias sobre la educación sexual de los jóvenes. Además la AMES ha coordinado otras acciones con el Conapo y la Secretaría de Salud en torno a la salud reproductiva y participa en el acercamiento reciente entre la academia, organismos no gubernamentales e instituciones estatales.

### *El problema del financiamiento*

En un principio fue difícil para la AMES obtener financiamientos (sobre todo en la época en que el gobierno aún no promovía la planificación familiar) puesto que las agencias preferían dirigir sus fondos hacia proyectos de planificación. La conducción de esta ONG ha visto que es necesario realizar una búsqueda constante y sistemática para obtener fondos. Por otra parte, su problema con los financiamientos a corto plazo es que éstos involucran una fuerte presión para concluir el trabajo en un tiempo determinado, además de la competencia entre grupos. A esto se agrega la contracción de los financiamientos para América Latina en los últimos años.

En el caso de la AMES, ésta no podría sobrevivir exclusivamente de cobrar por sus servicios y el monto de los financiamientos no alcanza para cubrir gastos de infraestructura y salarios. Un estudio de mercado realizado por esta ONG con el fin de encontrar estrategias económicas más viables, sugirió la reelaboración de sus modelos de capacitación para hacerlos más accesibles a la población, es decir cursos menos extensos y de menor costo. Sin embargo, al agravarse la crisis económica del país en los años 1995-1996 su situación financiera se ha hecho aún más delicada.

CENTRO DE ORIENTACIÓN PARA ADOLESCENTES (CORA)<sup>4</sup>

Esta institución, pionera en su género en América Latina, surgió en 1978 a partir de visitas realizadas por sus organizadores a programas para adolescentes en Estados Unidos, especialmente a The Door, localizado en Nueva York. A partir de este contacto se elaboró el proyecto de multiservicios del CORA, con el apoyo de los directores del centro y de la presidenta de la American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists.

En la década de los setenta, en México se vivía un cambio de costumbres y patrones de conducta. Sin embargo, la sociedad mantenía valores tradicionales en las relaciones intrafamiliares y continuaron registrándose altas tasas de crecimiento demográfico en la población joven. Eran de reciente aparición los programas de planificación familiar y no se había contemplado la posibilidad de proporcionar orientación masiva respecto a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. El Programa Nacional de Planificación Familiar, aprobado en 1977, puso en relieve la necesidad de elaborar un plan que se dedicara a la orientación sexual de los adolescentes dentro de un marco pluridisciplinario, familiar y social.

Siguiendo estos lineamientos, en la elaboración del proyecto inicial del CORA se tomaron en cuenta los siguientes factores: *a*) el adolescente requiere de atención preventiva y en México este aspecto aún estaba muy descuidado; *b*) en esa época organizar un programa de orientación sexual para adolescentes era delicado, ya que la comunidad no lo concebía como necesario y había que sensibilizarla al respecto, y *c*) el adolescente se desarrolla en un núcleo familiar y social, por lo cual el trabajo debía realizarse con los padres, maestros y otros profesionales que están en contacto continuo con ellos.

El CORA se creó con el objetivo principal de establecer en México un sistema de orientación, enseñanza y estudios que promoviese el desarrollo integral de los adolescentes, proporcionándoles apoyo médico, psicológico y social. En este proyecto se dio particular importancia a la formación de animadores juveniles con el propósito de motivar e informar a otros adolescentes en materias sexuales mediante actividades recreativas, culturales y artísticas. Asimismo, se pretendía capacitar a maestros y a otros profesionales para el trabajo con adolescentes y para orientar a los padres de familia. Finalmente, existía la inquietud de investigar sobre los problemas particulares de los adolescentes en el país.

<sup>4</sup> Agradecemos al doctor Marcos Velasco la información proporcionada en la entrevista que tuvo lugar en 1993.

Desde su inicio el CORA se constituyó como un centro piloto de multiservicios. Un año después de su fundación, sus directivos tomaron la decisión de crear cuatro centros más en áreas económicamente desprotegidas del Distrito Federal.<sup>5</sup> En 1983, por razones financieras, debió reducir el número de centros a dos, pero continuaron cubriendo las mismas metas y se inauguró el CORA Tamaulipas. Este último centro solicitó financiamiento estatal y supervisión técnica del CORA de la capital. En 1983, después de probar el modelo de multiservicios, el CORA dio un giro importante al convertirse en un programa con gran interés en la comunidad, que pone su mayor énfasis en actividades de asesoría, capacitación, investigación y desarrollo de materiales educativos para programas nacionales y latinoamericanos.

En los estados de Veracruz, Jalisco, Tamaulipas, Nayarit y Tlaxcala operan programas en los que se ha adoptado el modelo del CORA y para los cuales éste capacita a personal y promotores juveniles, como en el caso del programa para el Desarrollo Integral del Adolescente (DIA). En el plano regional destacan los Talleres Latinoamericanos diseñados para la formación de profesionales que ofrecen sus servicios en salud integral a los adolescentes y jóvenes, dando prioridad a la salud sexual y reproductiva. Estos talleres incluyen un Taller Básico de Sexualidad para adolescentes, un curso de consejería sobre salud sexual y reproductiva, y capacitación en los principios básicos de la evaluación de programas.

### *Filosofía, modelos de trabajo, programas*

El CORA concibe la educación sexual como una parte de la educación integral del individuo y considera a este último como unidad biopsicosocial indivisible. Reconoce la necesidad de sensibilizar a la comunidad priorizando los temas de sexualidad y planificación familiar en la adolescencia. Para lograr este objetivo se propone recurrir a los medios masivos de comunicación y a las autoridades del sector salud y educativo.

Esta ONG da mucha importancia a explicar a los jóvenes varones el uso de la metodología anticonceptiva, así como a promover el concepto de la responsabilidad compartida por ambos sexos. Esta orientación la ha llevado a favorecer la distribución de métodos combinados, como el condón y los espermicidas. En el centro, 70% de los usuarios ha sido de varones.

<sup>5</sup> Desde su principio, cada centro CORA estuvo formado por un médico, un psicólogo, una trabajadora social, una enfermera, diez promotores juveniles, una secretaria y un encargado de mantenimiento. En las oficinas del Distrito Federal se encuentra el presidente de la institución, un médico y un psicólogo que dan consulta y apoyan las áreas de docencia e investigación.

La estrategia del CORA ha sido adaptar sus programas a las leyes y las costumbres vigentes, sin confrontar los obstáculos legales a los cambios:

Las innovaciones han proseguido de manera discreta, pero constante. El CORA ha respondido al entorno político. Cuando ha surgido el conflicto, los programas se han alterado en vez de continuar con una actitud agresiva desarrollando programas que han sido objeto de comentarios reprobatorios. Lo que se ha intentado es desarrollar el arte de la sobrevivencia y no de la confrontación. Nuestras políticas de trabajo en México han confirmado que ésta es la orientación más adecuada. Existen, por supuesto, otros enfoques, pero los que hemos experimentado han servido para nuestros propósitos y los de los jóvenes con quienes trabajamos (Monroy, 1989).

El CORA ha elaborado un modelo de intervención de carácter preventivo, comunitario, multidisciplinario y de trabajo "joven a joven". Ofrece sus servicios a jóvenes de ambos sexos de 10 a 24 años de edad y también a los padres y profesionales de la salud y la educación, en escuelas, áreas de trabajo, comunidades y hospitales de áreas urbanas, suburbanas y rurales. El CORA ha sido muy flexible en el desarrollo de estrategias o modelos de acción con adolescentes, y ha enfatizado los factores protectores de la salud para neutralizar los factores de riesgo. Para ello promueve entre jóvenes la autoestima, la asertividad, la toma de decisiones informadas, el establecimiento de metas, de planes a corto, mediano y largo plazos, la identificación de valores y la motivación para la reflexión.

Los siguientes proyectos integran la orientación sexual y reproductiva con la atención de la salud de los adolescentes:

1. El proyecto de multiservicios y brigadas juveniles, cuyos objetivos son ofrecer información respecto a la salud integral con énfasis en la salud sexual y reproductiva, promover un adecuado desarrollo biopsicosocial, y ofrecer opciones positivas para el tiempo libre de los adolescentes. Recibe financiamiento de USAID, el Population Crisis Committee y Family Planning International Assistance.
2. El Programa Educativo para Madres Adolescentes (Prea), que se inició en el Hospital de la Mujer del Distrito Federal y recientemente se replicó en el Hospital Ticomán. Es un programa educativo y de salud reproductiva que incluye servicios médicos y psicológicos, así como de anticoncepción, cuyo objetivo primordial es reducir la frecuencia de embarazos en mujeres menores de 18 años. Cabe señalar que actualmente el DIF, en asociación con el CORA, está operando la tercera fase de este proyecto, llamada "La casa de la madre adolescente", en 23 de sus Centros de Desarrollo Comunitario. En la actualidad está financiado por el Programa de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
3. Módulos informativos (S.O.S. Juvenil), cuyo objetivo primordial es proveer información respecto a la salud reproductiva, específicamente en lo que se refiere a métodos anticonceptivos, así como información acerca de enfermedades sexualmente transmisibles, VIH y SIDA, accidentes, uso de drogas, alcohol y tabaco. A este programa lo han financiado la Fundación MacArthur y la USAID.

*Logros de las ONG que trabajan en el campo de la educación sexual y reproductiva y dificultades en el camino*

El análisis de la información sobre AMES, CORA y Mexfam nos muestra una serie de coincidencias, así como diferencias en su discurso y trabajo en el campo de la educación sexual. Para comenzar, estas tres ONG enfatizan la necesidad de desarrollar modelos basados en enfoques interdisciplinarios que integren las diversas dimensiones de la sexualidad y la reproducción, así como la participación de varones y mujeres en estas cuestiones, compartiendo responsabilidades. Las tres trabajan en la formación de recursos profesionales especializados, dan capacitaciones sobre la sexualidad e imparten asesorías a profesionales e instituciones interesadas en el tema. Desde sus orígenes las tres desarrollaron importantes vínculos con programas del gobierno.)

Sin embargo, hay diferencias en cuanto al énfasis puesto en sus actividades. Mexfam es la que tiene mayor diversidad y amplitud en su forma de operar en lo que se refiere a tipos de población, áreas temáticas y geográficas cubiertas. A diferencia de las otras dos, ofrece servicios de planificación familiar, lo que la hace atractiva para las agencias preocupadas por el crecimiento demográfico.)

La AMES ha restringido su labor a la educación sexual propiamente dicha y nunca ha brindado servicios de planificación familiar, aunque sí proporciona información sobre métodos anticonceptivos. Se ha destacado por dar importancia estratégica a la construcción de redes de grupos que trabajan sobre la sexualidad desde diversos frentes. El CORA, por su parte, ha puesto énfasis en los servicios a los jóvenes y, en particular, en la prevención del embarazo en las adolescentes, área de trabajo por la cual mantiene vínculos estrechos con instituciones gubernamentales, mediante la aplicación de su modelo PREA en hospitales del Distrito Federal y la Casa de la Madre Adolescente en el DIF.

Las tres organizaciones trabajan con un marco conceptual que da importancia a la salud sexual y reproductiva, aunque el CORA no tiene una definición muy explícita al respecto, mientras que Mexfam es muy tajante en promoverla como parte de una "nueva cultura de la sexualidad" que toma en cuenta los vínculos más amplios con la salud, no exclusivamente desde la mirada reproductiva. Las tres han propiciado la mejoría en la calidad de atención, sobre todo en cuanto a la planificación familiar, y las tres han promovido los derechos sexuales y reproductivos de las y los ciudadanos como parte del ejercicio de su sexualidad, destacando el papel que deben desempeñar los varones en lo que se refiere a la paternidad responsable.

Las tres organizaciones han tratado de promover cambios en las actitudes y prácticas sexuales de la población, pero aún no se ha llevado a cabo una investigación sobre la incidencia de su trabajo, aunque cabe mencionar que un paso en esta dirección lo dio Mexfam al evaluar el impacto de su programa Gente Joven.

Es importante mencionar que Mexfam y AMES han participado con otras organizaciones civiles e instituciones en la articulación de propuestas para mejorar las políticas públicas. Un ejemplo de ello es la conformación de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A. C. (FEMESS), en enero de 1995, integrada por 45 organismos civiles que se dedican directa o indirectamente a la educación sexual y al trabajo sobre diversos aspectos de la sexualidad.

Para elaborar su posición respecto a la sexualidad, la Federación se apoya en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la Constitución Mexicana, en los principios básicos de la Ley General de Salud, en la Ley General de Educación y en los compromisos internacionales asumidos por México en el Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer. En su declaración de principios, manifiesta que toda persona tiene el derecho a una sexualidad libre de conflicto, que posibilite su crecimiento individual y el logro del placer sexual, lo cual requiere de un amplio respeto a las diversas formas de expresión de la sexualidad humana. Por lo tanto, se rechaza cualquier discriminación o marginación vinculadas con la sexualidad, sexo, edad, identidad y modo de vida. Al mismo tiempo, se declara inaceptable cualquier forma de coerción tendiente a obligar a las personas a actos de índole erótico-sexual contra su voluntad.

En octubre de 1996 se fundó una segunda red, Democracia y Sexualidad (DEMYSEX), para el diseño de un plan nacional de educación sexual, objetivo que posteriormente formó parte de una estrategia más amplia. Esta red está integrada por representantes de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, muchas de las cuales (pero no todas) pertenecen también a FEMESS, grupos de mujeres dedicados a la salud de las mujeres, a la educación sexual, a la prevención de SIDA, sectores académicos, etcétera.

DEMYSEX basa su propuesta en el respeto a la diversidad, el pluralismo, la libertad de elección, la vida privada y el ejercicio de la democracia. Según su análisis,

En México coexisten una relativa apertura democrática, un incremento en la participación de la sociedad civil en la vida pública, y tendencias conservadoras radicales, lo que exige que los grupos que trabajamos en el área de la sexualidad humana con una línea ética que privilegia el respeto a la pluralidad en el marco de los derechos humanos, llevemos a cabo acciones propositivas, prácticas y permanentes [...]

para informar y sensibilizar a amplios sectores de la población mexicana, particularmente a tomadores de decisiones y medios de comunicación sobre los siguientes aspectos: la dimensión positiva de la sexualidad humana, la justificación de los derechos sexuales y reproductivos y la responsabilidad de todos los sectores de la población de salvaguardar estos derechos [...] (DEMYSEX, 1997.)

Hasta el momento, una de las actividades más importantes de la red ha sido establecer acciones coordinadas con la Secretaría de Educación Pública para la sensibilización de 600 000 profesores acerca de la Estrategia de Educación de la Sexualidad para Comunidades Educativas, que iniciarán este año apoyadas en el modelo educativo diseñado por DEMYSEX.

La historia de la educación sexual en México muestra que si bien se han logrado avances sustanciales, tanto las ONG progresistas como el Estado han tenido que enfrentar una oposición pertinaz por parte de sectores sociales conservadores. En efecto, desde su introducción en 1934 en los libros de texto gratuitos, hasta hoy en día, la Unión Nacional de Padres de Familia sigue oponiéndose a que el Estado imparta explícitamente estos conocimientos en la enseñanza primaria y secundaria. A la Unión se añaden Provida, la jerarquía de la Iglesia católica, algunos partidos políticos y grupos empresariales.<sup>6</sup>

La Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) nació al mismo tiempo que la educación sexual y ha reaparecido con fuertes campañas en contra de ésta cada vez que se han introducido modificaciones a los libros de texto, especialmente en 1975 y 1998. En 1975 las manifestaciones organizadas por la UNPF en varios estados y alentadas por los sectores más retrógrados de la jerarquía católica, alcanzaron su paroxismo con la quema de libros de texto en las plazas de las ciudades de Monterrey, San Luis Potosí y Aguascalientes. La presión llevó a efectuar cambios en la segunda edición del libro de Ciencias Naturales del ciclo escolar 1975-1976 y, entre otras cosas, se les colocaron trajes de baño a las figuras de una niña y un niño que aparecían desnudos. Se añadieron, además, leyendas aleccionadoras sobre la familia y los deberes en relación con el tema de la reproducción, al hablar de óvulos y espermatozoides, y la posibilidad de la maternidad/paternidad.

La UNPF ha declarado repetidamente su renuencia a que el sexo se vea "únicamente a través del prisma biológico" y ha criticado el trata-

<sup>6</sup> Llamamos conservadores a aquellos grupos que se caracterizan por su falta de respeto a la libertad de cultos, su oposición al divorcio y la educación laica, así como su lucha contra la despenalización del aborto y el ejercicio pleno de la sexualidad en el disfrute del placer, sin miras a la reproducción. Para un análisis de estos grupos puede consultarse a González, 1994.

miento que se da a prácticas como la masturbación y a las explicaciones sobre la evolución de la especie. Ha reclamado insistentemente el derecho de los padres de familia a ser ellos quienes impartan la educación sexual que crean conveniente para sus hijos, a pesar de que una encuesta nacional realizada por el Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población (IMIFAP) revela que más de 90% de los padres y madres de familia consideran necesaria la educación sexual en las primarias del país.<sup>7</sup>

La polémica volvió a encenderse en julio de 1998, cuando el titular de la SEP presentó las adiciones en materia de educación sexual al libro de texto gratuito para la asignatura de Ciencias Naturales de quinto grado. Ante el rechazo público de la UNPF y otros grupos conservadores a estas modificaciones, los funcionarios de la SEP respondieron que estos temas no serán objeto de negociación, pues se trata de decisiones de política educativa basadas en recomendaciones y sugerencias de los educadores al servicio de esa dependencia. En la presentación del libro, el secretario Limón Rojas declaró que el texto se elaboró "con lenguaje científico, tendiente a la formación de un criterio valorativo y ético a partir del cual el estudiante adquiere elementos sobre su desarrollo biológico". Hizo hincapié en que está inscrito en la tradición de una moral y una ética laicas de la educación pública, y que es congruente con los valores que consagra el Artículo tercero constitucional y está formulado "con todo respeto para las diversas creencias y enfoques que parten de posiciones religiosas de diverso orden".

El texto de Ciencias Naturales plantea el tema de la sexualidad en el bloque tres, titulado "Diversidad humana", donde se desarrollan aspectos del sistema nervioso y glandular relacionados con el aparato sexual y las diferencias entre el aparato sexual femenino o masculino. A diferencia de los textos anteriores, se habla de aparato sexual, en lugar de reproductivo, se menciona la circuncisión masculina, y el clítoris aparece representado en la anatomía femenina. Se puso especial cuidado en presentar el mismo número de imágenes femeninas y masculinas, así como en mostrar igualdad de los géneros en oficios y profesiones, en el

<sup>7</sup> Según la encuesta, los padres entrevistados manifestaron también especial interés en que las escuelas primarias incorporen planes y programas sobre sexualidad, capacitando a profesores y profesoras para que impartan clases sobre los siguientes temas: cómo nace un bebé (86%), por qué es importante que la niña o el niño toquen sus órganos genitales sin ser regañados (90%), el conocimiento del cuerpo y sus funciones (95%), cambios en la adolescencia (90%), cómo prevenir el abuso sexual (86%), y cómo ayudar a prevenir el machismo (74%). La investigación se llevó a cabo en todo el país, entre personas de 15 a 60 años de edad, pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos. Véase Pick, 1994.

tema "Las oportunidades para mujeres y hombres deben ser las mismas". A pesar de estos avances, aún hay temas que están ausentes, como el coito, el uso del condón, y el placer en las niñas, todos los cuales se retomarán en el libro de sexto y en el grado de la escuela secundaria, de acuerdo con la directora de Materiales y Métodos de la SEP, doctora Elisa Bonilla.

Hay que señalar que no sólo la educación sexual en las escuelas públicas ha recibido los ataques de los grupos conservadores, sino también el trabajo en el campo privado. Un ejemplo que alcanzó notoriedad en la prensa fueron los ataques de Provida a Mexfam en los que censuraba sus numerosos materiales sobre salud sexual y reproductiva, al mismo tiempo que realizaba campañas de desprestigio en Morelia, Sinaloa, Querétaro y Guadalajara, argumentando que esta última promueve la homosexualidad y las relaciones sexuales entre los jóvenes. En San Luis Potosí, en 1992, el gobernador declaró que el gobierno del estado "no estaba a favor de cualquier cosa que afecte la moral del pueblo potosino", y ordenó suspender las actividades de Mexfam (*Boletín de GIRE*, 1995).

Provida también intentó retirar de las librerías el libro de educación sexual *Hijo de tigre, pintito... Hablemos de sexualidad*, de la serie Rincón de Lectura, editado por la Secretaría de Educación Pública en 1994. Uno de los argumentos con que se pretendía censurar el libro es que incluye fotos con desnudos (por ejemplo, una famosa fotografía de Pedro Infante duchándose). Lo cierto es que el texto ha tenido amplia aceptación y ha debido reeditarse por tercera vez (Aguilar, 1997).

Si bien la jerarquía de la Iglesia católica ha ejercido liderazgo en la lucha contra la educación sexual en los términos propuestos por las ONG progresistas, no podemos desconocer que dentro de la grey católica hay diversidad de posiciones, incluyendo las disidentes. Hay que destacar, en este sentido, el trabajo de Católicas por el Derecho a Decidir que brega por una reforma urgente de esta institución que supere el abismo entre clero y laicos, dé reconocimiento al hecho de que las posiciones críticas también son parte de la Iglesia y defienda la igualdad de derechos para las mujeres, con poder de decisión en ámbitos eclesiásticos incluyendo el derecho al ejercicio del ministerio sacerdotal y el derecho a decidir si se opta por el celibato o no. Al igual que las ONG progresistas que hemos analizado en este artículo, Católicas por el Derecho a Decidir debate calurosamente los temas del aborto, el papel de la familia, el embarazo adolescente, el cuerpo, la sexualidad, el placer y los derechos de las mujeres. Lo hace desde la búsqueda de una teología feminista que intenta promover una valoración positiva de la sexualidad dentro de la Iglesia para que ésta dé primacía a la libertad de conciencia en la toma de decisiones.

El caso de esta organización ilustra hasta qué punto es importante reconocer en nuestros análisis que instituciones como el Estado o la Iglesia no son homogéneos, sino que tienen diferentes tendencias en su interior, sobre todo en lo que se refiere a temas tan polémicos como lo es la sexualidad. La revisión sintética del trabajo de las ONG en el campo de la educación sexual que acabo de hacer, nos muestra un panorama complejo, en el que es posible reconocer indudables avances a los que han contribuido de manera central estas organizaciones. Sin duda falta realizar más investigación sobre el papel que han tenido, así como continuar documentando sus contribuciones, pues seguramente seguirán teniendo un gran peso en el futuro.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Brostein, E., E. Corona y R. Mazín, *Manual para un curso básico de formación para educadores sexuales*, Asociación Mexicana de Educación Sexual, Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe, México, Bogotá, 1983.
- , *El mundo maravilloso de la herencia humana*, Asociación Mexicana de Educación Sexual, México, 1983.
- Católicas por el Derecho a Decidir, *Somos Iglesia*, México, 1996.
- Cervantes, A., "De mujeres, médicos y burócratas: Políticas de población y derechos humanos en México", en G. Careaga, J. G. Figueroa y C. Mejía (comps.), *Ética y Salud Reproductiva*, Porrúa y PUEG, México, 1996.
- Centro de Orientación para Adolescentes, *XXII y XXIII Talleres Latinoamericanos*, México, 1995 (tríptico).
- , *Un centro joven para jóvenes 1978-1992*, México (folleto).
- Consejo Nacional de Población y Asociación Mexicana de Educación Sexual, *Memoria del Encuentro Nacional Educación Sexual en México: Realizaciones y Perspectivas en el Decenio de los Noventa*, AMES A.C., México, 1992.
- Democracia y Sexualidad (DEMISEX), *Estrategia proactiva para apoyar la libertad y los derechos sexuales y reproductivos*, México (mimeo.), 1997.
- FEMESS, Boletín, vol. 1, núm. 1, marzo, 1995.
- GIRE, Boletín trimestral sobre reproducción elegida, núm. 5, abril, 1995.
- González, E. *Conservadurismo y sexualidad. Cómo propagar el SIDA*, Rayuela, México, 1994.
- López Aguilar, J. y P. Lazo. *Perspectiva hacia el siglo XXI: La nueva cultura de la salud sexual*, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 1995.
- Monroy, A., J. Aguilar y M. Morales, *Salud, sexualidad y adolescencia*, Pax, México, 1985.
- y J. Manautou, *Memoria de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes*, CORA, AMIDEM, México, 1986.

- Pick, Susan, "¿Qué opinan los mexicanos respecto a la educación sexual?" *Boletín Salud Reproductiva y Sociedad*, El Colegio de México, 1994, núm. 2.
- Rodríguez, G. y J. Aguilar, *Sexualidad de la gente joven*, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, 1992.
- *Hijo de tigre, pintito...: Hablemos de sexualidad*, Secretaría de Educación Pública, serie Libros del Rincón, México, 1994.
- E. Corona y S. Pick, "Educación para la sexualidad y salud reproductiva", en *Mujer, Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, The Population Council, Edamex, México, 1996.
- Subsecretaría de Educación Básica y Normal, Dirección General de Materiales y Métodos, SEP, *Ciencias Naturales, Quinto Grado*, México, 1998.
- Tuirán, R., "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", México (mimeo.), 1995.
- The Pathfinder, The Population Council, *Memoria de la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Oaxaca, 1989.

# LA EXPERIENCIA DE LAS ONG EN EL TRABAJO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL Y DOMÉSTICA

IRMA SAUCEDO GONZÁLEZ<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

Desde mediados de la década de los setenta, el movimiento feminista mexicano incluyó la violencia hacia la mujer entre los temas a los que buscaba dar difusión. La violencia hacia la mujer, ahora conceptualizada como de género, incluye violación, violencia doméstica, mutilación, hostigamiento y abuso sexual y homicidio.

La sexualidad y la violencia hacia las mujeres, temas fundamentales del movimiento feminista y de mujeres para hacer político lo que hasta los sesenta se había visualizado como problemas "privados" o de las "mujeres", han sido dos ejes fundamentales que han orientado el análisis y la acción de las organizaciones de mujeres en el ámbito mundial.

El trabajo realizado durante décadas por las organizaciones de mujeres de todo el mundo fue reconocido cuando se clasificó la violencia hacia la mujer como violación de los derechos humanos<sup>2</sup> y ha permitido avanzar en el análisis y la evidencia requeridos para mostrarla como un problema de salud pública.<sup>3</sup>

En México, el amplio debate generado en la década de los setenta mostró que este problema había sido minimizado y que no existían conocimientos o mecanismos que permitieran su tratamiento adecuado.

<sup>1</sup> Investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer y coordinadora del Grupo de Trabajo sobre Violencia y Salud del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.

<sup>2</sup> La violencia hacia la mujer fue reconocida como una violación de los derechos humanos en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1994.

<sup>3</sup> Heise, 1994. La Organización Panamericana de Salud (OPS) elaboró la Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, en la cual se reconoce que la violencia es un creciente problema de salud pública, hecho que se demuestra por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones (OPS, 1994).

El debate público y las movilizaciones de los grupos de mujeres pronto derivó en la necesidad de formar grupos de apoyo especializado para atender a las mujeres que solicitaban ayuda cuando descubrían que existían espacios sensibilizados para responder a sus demandas. De esta manera un grupo numeroso de activistas creó en 1979 el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC), en el Distrito Federal.

Después de la formación del CAMVAC surgieron otros centros de apoyo y se inició el proceso de análisis y de elaboración de demandas al Estado, que permitió identificar la violencia hacia la mujer como un problema social que requiere de políticas específicas para su prevención y adecuado tratamiento.

El trabajo realizado por los grupos de mujeres y la incorporación de esta temática al discurso del Estado mexicano y de diversos organismos internacionales, sirvieron de contexto para la creación de instancias gubernamentales en los ámbitos de procuración de justicia y salud para dar atención a casos de violencia.

En el presente documento analizaré la formación de diversas instancias de apoyo, así como las características más sobresalientes del proceso que ha permitido que la violencia hacia la mujer sea visualizada como un problema social y de salud pública en este país. Mi objetivo es, por lo tanto, ofrecer una visión panorámica de la forma en que en México se ha incorporado este tema al debate público, las formas de atención y los aspectos más relevantes de los avances y los vacíos que aún existen respecto a la relación violencia-salud reproductiva.

Tanto el problema de la violencia como el concepto de salud reproductiva son complejos y puede ser difícil interpretar el concepto de violencia o su impacto sobre la salud (Saucedo, 1995). Por esta razón, decidí acotar este trabajo a la violencia sexual y doméstica, por considerar que éstas son las que tienen el mayor impacto sobre la salud reproductiva y debido a que son los ejes alrededor de los cuales se ha construido el discurso y las acciones de los organismos no gubernamentales que trabajan este tema.

Para la elaboración de este trabajo consulté documentos de diferentes instituciones, informes de actividades de organismos no gubernamentales de mujeres y de instituciones gubernamentales especializadas en el tema, así como las entrevistas realizadas para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México durante 1993 y las relatorías de una serie de reuniones sobre la relación violencia-salud organizadas por el Programa en 1994.

*La formación de los primeros centros (1974-1984)*

La característica principal de las ONG que trabajan el tema de la violencia hacia la mujer es que fueron creados por grupos de mujeres que, habiendo promovido el debate público sobre este tema desde el movimiento feminista o de mujeres, y ante la ausencia de una respuesta institucional de parte del Estado mexicano, decidieron crear centros de apoyo para mujeres en estas circunstancias.

La preocupación por el tema y el consecuente surgimiento de grupos de apoyo es el resultado de discusiones y análisis en pequeños grupos de feministas sobre la condición de la mujer y sus problemáticas específicas. Debido a que la mayoría de los grupos que iniciaron su formación en esa época, identificaba la violencia hacia la mujer como un asunto derivado de su condición subordinada en la sociedad, ésta se volvió tema central de debate, difusión y elaboración de demandas (Colectivo Feminista Coatlicue, COFEMC, 1987).

De esta manera, en diversos lugares de la República donde existían grupos de mujeres organizados se realizaron múltiples debates, conferencias y foros cuyo objetivo era sensibilizar a la sociedad en general sobre este tema. En 1974 el Movimiento Nacional de Mujeres, formado en la ciudad de México, incluyó entre sus prioridades temáticas la violencia, la lucha contra la violación y contra la agresión a las mujeres y organizó conferencias en todas las delegaciones del Distrito Federal sobre violación, mujeres golpeadas, doble jornada y feminismo.

La Coalición de Mujeres Feministas formada en 1976 incluyó, entre los temas que unieron los esfuerzos de los grupos feministas, el aborto libre y gratuito (posteriormente, definido como una propuesta para una maternidad libre y voluntaria), la violación y la protección de las mujeres golpeadas.<sup>4</sup>

Las primeras discusiones en los pequeños grupos y el apoyo brindado a víctimas de violación, lograron una relativa comprensión de algunas de las expresiones principales de la violencia ejercida contra las mujeres, sus causas y dinámicas, y permitieron que el problema se visualizara como un hecho social. Al mismo tiempo mostraron que existe un gran vacío en la legislación mexicana para su adecuado tratamiento (Bedregal, 1992).

Durante esta primera etapa, el trabajo sobre estas cuestiones fue muy variado. Se realizaron campañas de sensibilización, que se complementaron con la participación constante de activistas en los medios masivos de comunicación, para mostrar que el problema es un problema social y

<sup>4</sup> Lau, 1986. El primer proyecto de ley sobre maternidad voluntaria se elaboró en 1976.

no de patologías individuales. Se llevaron a cabo innumerables conferencias y foros; se realizó un intenso trabajo de defensa de víctimas, que permitió el análisis de algunos aspectos de las leyes y la impartición de justicia; y se elaboraron algunas propuestas para modificar algunas leyes y políticas públicas.

Durante este periodo también se elaboraron documentos de análisis que tuvieron como objetivo avanzar en la comprensión del origen de algunas expresiones de la violencia ejercida contra las mujeres. Este primer acercamiento conceptual permitió elaborar los principales argumentos para identificar el problema de la violencia como el resultado de la desigualdad entre los sexos y de la posición subordinada de la mujer en nuestra sociedad.

Hacia finales de la década de los setenta, empezaron a realizarse acciones que permitirían enmarcar el tema de la violencia hacia la mujer en el debate sobre políticas públicas y la responsabilidad del Estado. En 1979 las organizaciones feministas iniciaron un acercamiento con los partidos políticos de izquierda para formar el Frente Nacional pro Liberación y Derechos de las Mujeres (FNALIDM). En su plan de acción se incluyeron: la maternidad libre y voluntaria, la lucha por el establecimiento de guarderías, contra el hostigamiento y la violencia sexual, y la denuncia por la situación de las trabajadoras que no gozan de lo establecido en la Ley Federal del Trabajo.<sup>5</sup>

En 1981, en el I Encuentro Feminista de América Latina y el Caribe realizado en Bogotá, Colombia, las asistentes decidieron declarar el 25 de noviembre Día Internacional para terminar con toda forma de violencia contra la mujer. Las asistentes a este encuentro acordaron que al regresar a sus países comenzarían a organizar eventos públicos para conmemorar la fecha. En México esta determinación dio lugar a movilizaciones y marchas que posteriormente fueron retomadas por el movimiento amplio de mujeres (*La Tribuna*, 1991).

Sin embargo, en esta etapa la discusión sobre el tema se centró en la violación, dejando de lado la violencia doméstica, que se incorporó de forma irregular en los planes de acción de los diferentes grupos y coaliciones. Por ejemplo, aun cuando el tema de las mujeres golpeadas aparece en el plan de la Coalición Feminista en 1976, quedó excluido del plan de acción del Frente Nacional pro Liberación y Derechos de las Mujeres (FNALIDM) en 1979.

No obstante la irregularidad de la incorporación del discurso sobre violencia doméstica, los grupos que se dedicaron a proporcionar servicios de atención iniciaron un trabajo específico en esta área, ya que gran

<sup>5</sup> Lau, *op. cit.*, p. 255

parte de la demanda de apoyo que recibían, provenía de mujeres que sufrían algún tipo de violencia doméstica.

Los primeros centros que se crearon fueron el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC), que más tarde daría origen al Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC), en la ciudad de México, y en Colima el Centro de Apoyo a la Mujer (CAM), fundados en 1979 y 1983 respectivamente.

Un aspecto importante de la formación del Centro de Apoyo en Colima es que representa el primer antecedente de interlocución y negociación directa de una parte del movimiento con el Estado. En efecto, una coyuntura específica favoreció que el Colectivo Feminista Coatlicue lograra impulsar modificaciones en la legislación y que el Estado asumiese el costo de atención a las mujeres que sufren violencia. En 1981 el presidente del Supremo Tribunal de Justicia en Colima, declaró ante los medios de comunicación la disposición de esa institución para reformar algunos artículos del *Código Penal* para incrementar la pena para los delitos sexuales y disminuirla en el caso del aborto. Debido a la reacción negativa de la Iglesia y algunos otros sectores de la sociedad, la gobernadora Griselda Álvarez desmintió esas declaraciones y planteó la educación sexual como alternativa para el aborto.

El Colectivo Feminista enfrentó esta polémica en los medios de comunicación y convocó a conferencias para tratar los temas del aborto y los delitos sexuales. La gobernadora y magistrados de la Suprema Corte de Justicia asistieron a la conferencia sobre delitos sexuales y en noviembre de ese año el Congreso local aprobó el proyecto de modificación de los artículos del *Código Penal* referentes a violación, incesto y estupro. Lo más trascendente de estas modificaciones es que se aumentó la penalidad en los casos de violación, con lo cual los violadores no podrían alcanzar libertad bajo fianza, permitiendo así que la mujer, la víctima más frecuente de estas agresiones, estuviera en condiciones más favorables para continuar un juicio.

Posteriormente, el Colectivo Feminista Coatlicue presentó, a petición de la gobernadora, un proyecto para la creación de un centro de atención y logró su aprobación. En 1982 apareció en el *Diario Oficial de Colima* el reglamento que crea el Centro de Atención a la Mujer dentro de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del estado de Colima. El 10 de octubre de 1983 se inauguró el centro con recursos del Estado, bajo la dirección del Colectivo Feminista (COFEMC, 1987).

MAYOR VISIBILIDAD DEL PROBLEMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA,  
AVANCES EN LA DISCUSIÓN SOBRE DELITOS SEXUALES Y VIOLACIÓN  
E IMPACTO EN EL DISCURSO DEL ESTADO Y EN LA ELABORACIÓN  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS (1985-1995)

Durante la década de los ochenta se pueden identificar varios factores que influyeron en la mayor visibilidad del problema de la violencia doméstica y sobre la forma en que éste se venía abordando en México. Uno de ellos se refiere al proceso organizativo de los grupos de mujeres y el otro es el creciente impacto del trabajo de las ONG en sectores populares del Distrito Federal como consecuencia de los sismos de 1985.

Gracias a que en la década de los setenta el movimiento feminista en México había logrado una amplia difusión y sensibilización de la población, en la década de los ochenta empezó a institucionalizarse este trabajo con la formalización de organismos no gubernamentales que buscaron tener mayor permanencia, especialización e impacto.

La institucionalización significó, entre otras cosas, la formación de asociaciones civiles con personalidad jurídica, la búsqueda de recursos de organismos internacionales y mayor preocupación por la sistematización y especialización de los grupos que atendían el problema de la violencia hacia la mujer. En 1992, como resultado de un diagnóstico elaborado en una reunión nacional organizada por el Colectivo Feminista de Colima, se llevó a cabo un Taller Nacional sobre Metodologías de Atención de Casos de Mujeres que Sufren Violencia. El objetivo de este taller fue proveer elementos teórico-conceptuales que permitieran el diseño e implementación de programas de apoyo desde una perspectiva feminista y no asistencial.<sup>6</sup>

Al mismo tiempo que se empezaron a institucionalizar y especializar las organizaciones feministas enfocadas en la difusión de temas relacionados con la condición de la mujer y la violencia, se formalizó una gran cantidad de organizaciones de mujeres que funcionan dentro de un esquema de trabajo en comunidades marginadas o de bajos recursos. Estas organizaciones impulsaron la constitución y gestoría comunitarias para mejorar la calidad de vida de las comunidades, promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones en el ámbito comunal, así como en la administración directa de diversos programas.

<sup>6</sup> El taller fue organizado por el Centro de Investigación y Capacitación de la Mujer (CICAM), el Centro de Apoyo de la Mujer (CAM) de Colima, Mujeres en Acción Sindical (MAS), el Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (CECOVID) y COVAC. A este taller asistieron 17 organismos no gubernamentales representando a doce entidades del país.

Quienes trabajan en sectores populares y de base realizan gran cantidad de acciones comunitarias y organizan a grupos de mujeres para resolver problemáticas no atendidas por el gobierno, en relación con la vivienda, la alimentación, la educación y la salud. Las acciones realizadas en el área de salud incluyen, desde la formación de prestadores de servicios, educación y capacitación para el cuidado de la salud, hasta la atención médica a grupos marginados de los servicios gubernamentales. Con este trabajo las organizaciones de mujeres desarrollan nuevas formas de relación con las comunidades y logran experiencias exitosas debido a su metodología de trabajo que retoma elementos de la educación popular y una relación prolongada y directa con la comunidad (González e Hita, 1992).

Esto, junto al incremento de la participación de las mujeres en sectores populares urbanos como resultado de los sismos de 1985, hace que temas como la violencia hacia la mujer sean tratados más frecuentemente como un obstáculo para el proceso organizativo de las mujeres.<sup>7</sup> Además de esto, el trabajo intenso de gestoría para la obtención de servicios y la resolución de demandas se combina con una dinámica de colaboración, discusión y debate con los grupos feministas, sobre todo en relación con cuáles deben ser las formas de interlocución con el Estado.

Estos procesos aunados a la experiencia de la etapa anterior, además de permitir mayor visibilidad de la gravedad del problema de la violencia doméstica, propician que los grupos de mujeres y feministas elaboren de manera más sistemática su exigencia de que el Estado se responsabilice de la atención en esta área.

En 1987 el Movimiento Nacional de Mujeres (MNM), que discutía la necesidad de exigirle al Estado que absorbiera parte de los servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia, entabló negociaciones con el Departamento del Distrito Federal para que financiara a los grupos feministas con el fin de que se instalaran módulos de atención en la ciudad de México. El resultado final de este proceso llevó, en 1988, a la firma de un convenio con la Secretaría de Protección y Vialidad para la creación del Centro de Orientación y Apoyo a Personas Violadas (Coapevi), dirigido por una coordinadora de grupos encabezados por el MNM. El trabajo realizado por este centro mostró que dar seguimiento legal a casos de delitos sexuales en todos los ministerios públicos de la ciudad es prácticamente imposible, por lo que se elaboró la primera propuesta para la creación de agencias especializadas y, posteriormente, el Centro de Terapia de Apoyo a Personas Violadas.

<sup>7</sup> El Programa de Mujeres de Servicio, Desarrollo y Paz (SEDEPAC) lanzó en 1987 el primer curso de capacitación para promotoras legales, posteriormente identificado como Programa de Defensoras Populares.

Una vez terminado el convenio que llevó a la creación de Coapevi y dado que el entonces procurador de justicia reconoció que el tema de la violencia doméstica implica un costo social muy alto, por la cantidad de mujeres y menores que se ven afectados, se diseñó un proyecto específico que llevó a la creación del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) (Bedregal, 1992b).

Finalmente fue en la segunda parte de la década de los ochenta cuando la violencia hacia la mujer empezó a ser una preocupación explícita del Estado. Esta preocupación se dio dentro de un contexto particular, que incluyó el trabajo y amplia difusión por parte de los grupos de mujeres, el tratamiento de este tema por organismos internacionales y la necesidad de legitimación del gobierno de Salinas de Gortari, quien desde su campaña intentó incluir en su discurso algunas demandas de diferentes sectores de la sociedad mexicana, entre los cuales un grupo privilegiado fue el de las mujeres (Lamas, 1988).

Uno de los primeros actos de gobierno del presidente Salinas fue la propuesta de modificación del *Código Penal* para aumentar el castigo por violación. Sin embargo, se puede decir que el antecedente más cercano de la incorporación de este tema en el discurso del Estado es el Foro de Consulta Popular sobre Delitos Sexuales, convocado por la Comisión de Justicia de la Cámara de Diputados en febrero de 1989.

Como resultado de la experiencia derivada del trabajo en los centros especializados y la realización del Foro de Consulta Popular en 1989, se formó un grupo plural para la supervisión de las agencias especializadas en delitos sexuales. En 1990 el grupo plural presentó ante la Comisión de Justicia de la Cámara de Diputados una propuesta para introducir modificaciones al *Código Penal* y procedimientos penales en materia de delitos sexuales.

En 1991 apareció en el *Diario Oficial* el decreto que identificó, por primera vez, los delitos sexuales como delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosocial de las personas, incluyendo la tipificación del hostigamiento sexual y el concepto de reparación del daño.

Una vez que los grupos de mujeres reconocieron la necesidad de atender casos de violencia doméstica, empezaron a surgir grupos que desde su formación se plantearon especializarse en esta problemática. El primero fue el Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (CECOVID), que inició con el interés de organizar un refugio para mujeres que sufren violencia, pero que dada la imposibilidad de obtener recursos para este propósito, formó un centro de atención e investigación sobre violencia doméstica en 1988.

Aunque la creación de refugios ha estado siempre presente como una necesidad de protección para las mujeres que deciden denunciar

casos de maltrato, tomó mucho tiempo para que el problema fuera abordado por alguna institución del Estado. Una de las razones por las cuales este tema representó por mucho tiempo una "papa caliente", es que el Estado considera que es un proyecto de alto costo y que podría convertirse en un programa difícil de contener, dada la gran demanda potencial que existe para ese tipo de servicios.

Sin embargo, una vez abiertos los servicios de atención a mujeres maltratadas, el trabajo mostró que en muchos casos la única manera de garantizar protección a mujeres y menores es removiéndolos de su hogar. Finalmente a mediados de 1997 se abrió el primer refugio en el Distrito Federal coordinado por la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal y la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo del Departamento del Distrito Federal.

Un aspecto importante de la formación de CECOVID es que desde que surgió se reconoce que no existen datos que puedan mostrar la prevalencia de la violencia doméstica ni las formas que ésta toma en nuestro país. Por esta razón CECOVID llevó a cabo una investigación sobre violencia doméstica en Ciudad Nezahualcóyotl, identificando algunos elementos relacionados con la violencia que afectan aspectos específicos de la salud materna. El estudio encontró que aproximadamente la tercera parte de las mujeres entrevistadas reporta haber sufrido algún tipo de violencia y que buena parte de ellas es golpeada durante el embarazo (Shrader y Valdez, 1992). Este estudio es el primer antecedente en México que permite relacionar de manera más específica la violencia doméstica con un aspecto de la salud reproductiva de las mujeres.

Posteriormente se creó un centro de apoyo organizado por el Grupo de Mujeres de San Cristóbal, en Chiapas en 1990, y el Centro Sí Mujer de la ciudad de Torreón, en 1993. Este último fue creado como una instancia de la Secretaría de Salud y es pionero tanto en la forma de atender la salud de las mujeres que sufren violencia, como en su relación con las instancias de salud. El centro recibe población abierta para responder a demandas variadas de atención en salud, pero se especializa en atención a la violencia doméstica y provee un paquete de servicios que incluyen el apoyo psicológico y la asesoría legal. La forma específica en que fue organizado, con el aval del gobernador de esa entidad, y como una instancia del sistema de salud, ha permitido que el centro tenga influencia y buena relación con otras instancias de salud en ese estado.

En síntesis, a finales de los ochenta y principios de los noventa las ONG avanzaron en la difusión de la problemática, se consolidaron modelos de atención para la violencia sexual y doméstica y se dieron importantes cambios legislativos promovidos por el movimiento feminista y de

mujeres que mostraron las posibilidades de interlocución con el Estado y de influir en la elaboración de las políticas públicas.

Las reformas al Código Penal y de Procedimientos Penales, logradas en 1991, que tipifican el hostigamiento sexual e incluyen la reparación del daño, fueron el resultado del esfuerzo de presentar las propuestas feministas a las diputadas de los diversos partidos políticos para impulsar una iniciativa de ley que no provenía del poder ejecutivo (Hacia Beijing '95). Esta iniciativa mostró las posibilidades de interlocución con los diferentes partidos políticos para lograr propuestas legislativas, sin arriesgar el carácter autónomo de las organizaciones de mujeres.

Más recientemente se han aprobado en el Distrito Federal dos leyes relacionadas con la violencia doméstica. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, aprobada en 1996, establece en su artículo primero su objetivo de erradicar la violencia entre los miembros de la familia que tengan parentesco por consanguinidad, tengan o lo hayan tenido por afinidad civil, por matrimonio, concubinato, o que tengan una unión de hecho. Ésta es una ley administrativa que identifica las responsabilidades que les corresponden a las entidades de administración pública y que describe un proceso mínimo de manejo de casos en las diferentes instancias identificadas para la atención. Por su parte, la Ley de Violencia Intrafamiliar, aprobada en 1997, modifica los códigos civiles y penales, así como los códigos de procedimientos penales tanto para el Distrito Federal en materia común, como para toda la República en materia federal.

Sólo se han aprobado leyes específicas en relación con la violencia doméstica en tres estados: Coahuila, Colima y Querétaro. En el caso de estos tres estados las leyes han seguido con pequeñas variaciones el esquema de la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar aprobada para el Distrito Federal en 1996. Hay que señalar, sin embargo, que la mayor parte de los logros en el espacio legislativo se han dado principalmente en el Distrito Federal. Aún falta elaborar propuestas legislativas relacionadas con la violencia doméstica en la mayoría de los estados y extender los avances legislativos sobre delitos sexuales.

#### *La propuesta de las ONG para la atención integral y de calidad a casos de violencia contra las mujeres*

El eje inicial de la propuesta de atención de las ONG fue la preocupación por garantizar, desde una visión feminista, atención integral y de calidad a las víctimas de violencia (González y Nava, 1992). Esta característica siguió siendo parte central y unificadora de los grupos que se organizaron más tarde alrededor de esta temática.

Dos factores que contribuyeron al énfasis dado a la calidad de la atención son, por un lado, el número relativamente reducido de casos que atienden las ONG (al CAM de Colima llega un promedio de 30 casos al mes y Covac atiende aproximadamente 500 casos al año) y la convicción de que se requiere tanto de atención y ayuda para hechos específicos de violencia como de un proceso de apoyo empático para la transformación de las vidas de las víctimas. Desde esta concepción, el tratamiento a mujeres que sufren violencia no se limita a la resolución de un hecho violento, sino que busca también que las mujeres identifiquen su problema como derivado de su condición subordinada en la sociedad. Por esta razón se pone especial hincapié en su participación en grupos de reflexión, lo que favorece que modifiquen diversos aspectos de su vida, y en particular las relaciones que permiten su situación de mujeres violentadas.

Entre los objetivos específicos para el tratamiento a mujeres víctimas de violencia se incluyen temas tan variados como el coadyuvar a la solución de la problemática de cada mujer, prevenir que la mujer repita o reproduzca relaciones de abuso creando actitudes que produzcan cambios en ellas y en el núcleo familiar, propiciar la reflexión acerca de las causas de la situación que viven y la posibilidad de organizarse con otras mujeres (Cuéllar, 1992).

Debido al énfasis puesto en la modificación de los patrones relacionales en que viven las mujeres, COVAC y CECOVID decidieron atender también a los niños y adolescentes dependientes de las mujeres que sufren violencia, y más recientemente, el Centro Sí Mujer de Torreón inició el trabajo con hombres violentos.

Aun cuando en un inicio estos grupos pusieron mayor atención en aspectos relacionados con el tratamiento legal de la problemática, pronto se privilegió el apoyo emocional a la víctima, así como el tratamiento de aspectos relacionados con la salud. Probablemente esta preocupación se debe a que inicialmente se atendía gran número de casos de violación en los que el aspecto médico cobra gran relevancia, como se puede ver en la siguiente cita:

El concepto de integralidad no es sólo darle todas las opciones a una mujer, incluso dentro de un mínimo espacio [...] Es entenderla desde su persona íntegra, pues lo que la está afectando legalmente en un careo, también la afecta psicológicamente. Hay que reforzarla psicológicamente para que esté bien en el careo; hay que tenerla en buen estado de salud, o sea, si tiene una infección transmitida sexualmente, eso va a afectar su salud mental también [...] Todo esto es parte de lo que se entiende por atención integral. (Patricia Duarte, entrevistada en 1993.)

Otro aspecto de la calidad de la atención es la importancia que las ONG dan a tomar en cuenta lo que las mujeres verbalizan como posibles

soluciones, sin limitarse a la elaboración de un marco predeterminado de resolución del caso en el ámbito jurídico. Las integrantes de estas ONG hablan sobre todo de que es necesario dar seguimiento a las posibilidades de actuar que las mujeres identifican sobre lo que ellas ven como grados de solución.

El papel del apoyo se presenta, entonces, como oferta de una gama de posibles ayudas para que la víctima actúe según sus deseos y posibilidades, por medio del trabajo en grupos de reflexión, terapia individual o una combinación de ambos.

En los tres modelos (atención individual, grupos de reflexión y terapia individual) hemos obtenido buenos resultados. Lo hicimos a partir de lo que las señoras vienen a buscar. Elaboramos un cuadro de rangos de solución, porque ellas nos van dando la pauta. Por ejemplo, si decían "Me quiero divorciar", nosotras veíamos si lograban su objetivo y si no lo lograban, por qué [...] De lo que nos dimos cuenta es que señoras que decían "Me quiero divorciar", a la hora del proceso terapéutico cambiaban de actitud, se daban cuenta de cosas y decidían quedarse en la relación, y la relación mejoraba [...] (Bárbara García Colomé, entrevistada en 1993.)

En todos los grupos se menciona que en los casos de violencia no importa tanto el modelo terapéutico utilizado como la posición del terapeuta respecto a la problemática, su visión sobre la violencia. Tanto para los casos de violación como para los de violencia doméstica se enfatiza la necesidad de concebir el hecho violento no como un incidente aislado, sino como un tema que afecta toda la vida de la mujer, su biografía completa.

En este sentido, los grupos que trabajan con víctimas consideran que la empatía es un aspecto fundamental de la calidad de la atención, pues es uno de los elementos que facilitan la identificación del terapeuta o del grupo con la víctima y da lugar a que ésta pueda sentir que cuenta con un lugar seguro de apoyo. La empatía es el aspecto que permite a las personas que dan atención no limitarse solamente a la recolección de información sobre un caso, sino que también les facilita la labor de contención de los aspectos emocionales involucrados.

El éxito y la permanencia de las ONG mencionadas, a diferencia de las que se disolvieron en el camino, han resultado de la combinación de su habilidad para resolver los conflictos internos para institucionalizarse, así como de su especialización en prestar servicios de calidad a las víctimas de violencia.

Sin embargo, la experiencia en México ha mostrado que atender casos de violencia doméstica requiere de una cantidad de recursos que está fuera de las posibilidades de los organismos no gubernamentales de mujeres. Mientras que en los casos de violación por extraños es posible dar apoyo emocional con terapias breves y de emergencia, los casos

de maltrato en donde están involucradas personas relacionadas afectivamente y que suceden en el entorno doméstico, así como la violación incestuosa, normalmente requieren de apoyos material y emocional mucho más complejos. Ésta es una de las razones por las cuales, en la actualidad, los únicos centros que siguen dando atención a la violencia doméstica son COVAC en el Distrito Federal, el CAM de Colima, el centro de apoyo formado por el Grupo de Mujeres de San Cristóbal en Chiapas y el Centro Sí Mujer de la ciudad de Torreón, creado en 1993 como una instancia de la Secretaría de Salud del estado.

El vacío más importante que se ha identificado en estos centros es la atención a la salud de las mujeres, pues inicialmente se centraron en el apoyo emocional y los aspectos jurídicos y legales de los casos de violencia. Los escasos recursos con que cuentan han impedido que la atención a la salud se amplíe aun cuando ya se ha empezado a dar énfasis a la discusión sobre la relación que existe entre la violencia doméstica y la salud reproductiva de las mujeres.

El interés por relacionar la violencia con la salud reproductiva inicialmente se presentó como una respuesta a necesidades de financiamiento de parte de los grupos especializados en violencia. Ante la inexistencia de recursos para la atención exclusiva a la violencia y el reciente interés de organismos internacionales sobre la salud reproductiva, los grupos especializados en violencia empezaron a elaborar los argumentos para mostrar el impacto que la violencia tiene en la salud reproductiva de las mujeres y para mostrar la evidencia que justificase la atención a esta problemática en el marco de atención a la salud de las mujeres. La participación en la Conferencia Nacional sobre Maternidad Sin Riesgos de los grupos que trabajan el tema de violencia, permitió que en la "Declaración de México por una Maternidad Sin Riesgos", emanada de esta conferencia, se incluyera el tema de la violencia como un riesgo para la salud reproductiva de las mujeres.<sup>8</sup>

Por esta razón en los últimos años se ha empezado a dar atención a este aspecto, y centros como el CAM, que siempre contaron con atención médica, ahora están diseñando un programa integral de salud que funcione a la par de los grupos de autoayuda. En términos generales, actualmente existe más relación entre las organizaciones especializadas en violencia y las que se dedican al área de la salud. Las experiencias exitosas de estos grupos muestran que han desarrollado formas variadas de atención y ayuda emocional y psicológica, que enfatizan la posibilidad de transformación de identidad de las mujeres, para que más allá de

<sup>8</sup> La Conferencia Nacional sobre Maternidad Sin Riesgos se llevó a cabo en Cocoyoc, Morelos, del 8 al 11 de febrero de 1993.

resolver el problema específico de violencia por el cual requieren de ayuda, tengan la posibilidad de transformar sus vidas.

En la actualidad también se puede incluir entre los logros, la existencia de un organismo no gubernamental fundado por hombres que colaboran con las organizaciones de mujeres, que da atención a hombres violentos, organiza campañas contra la violencia hacia la mujer y trabaja de manera muy cercana con las organizaciones de mujeres que trabajan en el campo de la salud y la atención a casos de violencia. El Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C. (CORIAC) fue organizado como respuesta a la necesidad de trabajar con los hombres violentos para apoyar la labor de los grupos de mujeres que luchan contra la violencia hacia la mujer.<sup>9</sup>

También hay que subrayar que los centros de atención independientes han avanzado en diseñar modelos que les acerquen más a una atención no asistencialista y que haga hincapié en el proceso de cambio en las relaciones que propician la violencia hacia las mujeres. La parte positiva de este acercamiento es que en el proceso de aumentar la autoestima en las mujeres y la conciencia de sí mismas, se impacta también sobre aspectos de salud reproductiva tales como el reconocimiento de su derecho a la decisión en el ejercicio de su sexualidad y el número de hijos que desean tener, el cuidado personal y la detección oportuna de síntomas y enfermedades.

Los centros también han avanzado en sus esfuerzos por sensibilizar a sectores más amplios de la sociedad y al sector salud, constituyendo redes de coordinación que les permiten ser más eficientes en su interlocución con el Estado. En este sentido la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal ha sido un espacio estratégico de organización, pues ha permitido que se incida en aspectos tan variados como la elaboración de la Norma Oficial de Planificación Familiar o el seguimiento a los discursos oficiales de las instituciones de salud y el Estado.<sup>10</sup>

### *Los centros de atención del Estado: la atención masiva y la relación con el sistema de salud*

Los programas de atención del Estado, creados a principios de la década de los noventa,<sup>11</sup> se caracterizan porque su prioridad es el tratamiento

<sup>9</sup> La Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, constituida en 1993, coordina las acciones de una variedad de grupos e instancias preocupadas por los problemas de salud de las mujeres. En esta red participan los grupos que atienden casos de violencia y CORIAC, el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias.

<sup>10</sup> Véase el documento "El gobierno de Salinas de Gortari y la Salud de las Mujeres" elaborado por la red en agosto de 1994.

<sup>11</sup> La primera agencia especializada en delitos sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal se inauguró en 1989 en la delegación Miguel Hidalgo.

jurídico-legal de los casos de violencia. Estos centros gubernamentales sólo atienden el problema de salud de las víctimas que tiene relación con el hecho delictivo. Es decir, la revisión médica se limita a la identificación de los materiales periciales necesarios para un caso legal.

Sin embargo, en los últimos cuatro años se han empezado a establecer convenios entre las instancias que dan la atención legal y las instancias de salud, dando lugar a la creación de áreas específicas de atención a estos casos en algunos hospitales y centros, como ocurre en el Hospital de la Mujer y el Hospital Gea González.

Los centros de salud que cuentan con convenios normalmente reciben los casos referidos oficialmente por las instancias de la Procuraduría de Justicia. En los casos de programas de atención específica, como el del Hospital de Perinatología, su función principal es dar la atención especializada a pacientes que se identifican como víctimas de un caso de violencia.

La Secretaría de Salud trabaja en coordinación con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal en el Programa de Atención a la Salud de las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Forman parte de este programa el Hospital de la Mujer, el Hospital Nacional Homeopático, el Hospital General de Ticomán, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Otro programa que tiene convenio con la Procuraduría es el Programa Hospitalario para la Salud Reproductiva de los Adolescentes, perteneciente al Hospital Gea González. La Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, desde su Centro de Terapia, encauza a adolescentes que han sufrido violación, al hospital para la evaluación integral de su condición física. Al hospital llegan tanto mujeres víctimas de violación como mujeres cuyos hijos han sido víctimas.

Una de las características de estos programas es que cuentan con una considerable, aunque insuficiente, cantidad de recursos y de especialistas por medio de la coordinación entre diferentes instituciones gubernamentales. Para este tipo de convenios además del apoyo del Estado se cuenta con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la difusión de estos servicios. Con este propósito se han elaborado trípticos para personas en riesgo y para el personal médico. Los servicios incluyen la capacitación del personal respecto al tipo de apoyo que deben brindar.

Sin embargo, aun cuando existen convenios específicos entre las instituciones de procuración de justicia y de servicios de salud, el diseño mismo de esa relación, donde lo usual es la referencia a los aspectos jurídicos, hace que la atención médica se enmarque en la atención a aspectos relacionados con el hecho violento, con lo cual se pierde la

posibilidad, muy importante, de atender otros aspectos de la salud de las mujeres relacionados con la violencia. Por ejemplo, la mayoría de los casos de violencia doméstica que son atendidos por el CAVI generalmente no es enviada a las instancias de salud, ya que solamente se utiliza el aspecto médico para la elaboración de certificados de lesiones, que son utilizados en caso de que se lleve a cabo un proceso legal.

La parte exitosa de estos centros es su capacidad para atender gran número de casos. Paradójicamente esto se ha señalado también como su limitación para dar atención de calidad. Generalmente en estas instituciones se reproduce el tipo de atención que se da en las instancias del Estado, con todos sus vicios y defectos. Entre otros se destacan la despersonalización y lo que las víctimas llaman "poco interés" de parte del personal.

En centros como el CAVI, donde la dirección ha puesto particular énfasis en la calidad de la atención y se intenta dar buen servicio, ésta no necesariamente es uniforme, ya que no todo el personal ha pasado por capacitaciones específicas y no existen controles sobre la calidad de la atención. En las grandes instituciones de servicio siempre es difícil mantener un grado homogéneo de calidad, y éste sigue siendo uno de los principales problemas que ha estado en el centro del debate sobre la atención prestada por el Estado. Los centros especializados en atención a la violencia no son una excepción. En este sentido podemos pensar que los organismos independientes formados por mujeres podrían hacer aportes respecto al tipo de atención en violencia que dan las instituciones gubernamentales, así como a la calidad de la misma.

Finalmente, existe un programa creado desde un espacio académico: el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas (PIAV) de la Facultad de Psicología de la ENEP-Acatlán. En la experiencia de este programa la relación con el Estado ha sido exitosa y le ha permitido abrir otros centros de atención en el Estado de México. La parte más importante de este acercamiento es que la atención fue diseñada para incluir aspectos de investigación-atención. La experiencia del PIAV respecto a la investigación todavía requiere de una evaluación de sus resultados para identificar elementos que sirvan para generar modelos de intervención que permitan profundizar sobre diversos aspectos de la violencia hacia la mujer.

### *Avances y limitaciones*

Uno de los logros más significativos de los últimos 20 años es que la violencia hacia la mujer ha sido identificada como un problema social y de salud que requiere de la intervención del Estado y el interés cada vez mayor de diversos investigadores por este tema. Paralela-

mente, el trabajo realizado en México por los organismos no gubernamentales y de mujeres, así como su presión sobre el Estado para que responda a las demandas presentadas, ha permitido el avance en la discusión e implementación de algunas recomendaciones emanadas de las conferencias internacionales sobre derechos humanos, población y desarrollo, y sobre la mujer, realizadas en Viena, El Cairo y Beijing, respectivamente.

La creación de centros especializados en el Distrito Federal ha servido de pauta para la creación de programas similares en otros estados, lo que indica un avance respecto a la atención a víctimas. Las modificaciones a la legislación han permitido que se dé mejor atención legal para los casos de violencia sexual. Sin embargo, aún existen vacíos considerables para el tratamiento jurídico de la violencia doméstica. Actualmente se están elaborando propuestas específicas de ley que permitirán atacar las lagunas existentes en las legislaciones.

Sin embargo, la característica de la formación de los grupos independientes y de los programas del Estado ha impuesto límites a la posibilidad de profundizar en el análisis sobre las formas de violencia hacia la mujer, la dinámica de la violencia doméstica y su impacto en la salud. El énfasis de los organismos no gubernamentales en la atención a mujeres y su supervivencia, con base primordialmente en el trabajo voluntario, ha limitado su impacto en áreas muy específicas. Todos estos grupos tuvieron que combinar un trabajo muy intenso de atención con la búsqueda de formas de institucionalización para formalizar su existencia y poder acceder a recursos de organismos internacionales y fundaciones.

Aun cuando el Centro de Apoyo a la Mujer de Colima logró que el gobierno del estado financiara el centro, pasó por un proceso similar al experimentado por otros grupos formados en esa época. Los dos aspectos fundamentales fueron la gran dificultad para dejar de ser asociaciones voluntarias y con poca estructura, y llegar a convertirse en instituciones especializadas. Han invertido una gran cantidad de energía en el largo y sinuoso proceso de institucionalización requerido para transformarse en organismos no gubernamentales con estructura, especialización, personalidad jurídica y capacidad de acceder a recursos (Saucedo, 1992).

A pesar de que todos los grupos tienen interés en realizar investigación y sistematización de su trabajo, esto ha sido sumamente difícil, ya que los recursos limitados con los que cuentan estas ONG se destinan principalmente a las áreas de atención, difusión y, en algunos casos, a la capacitación. Todos los grupos invierten gran cantidad de tiempo y recursos en la difusión, por lo cual cuentan con materiales de sensibilización y difusión sobre derechos de las mujeres.

En los últimos años las ONG han publicado más información, por medio de documentos que resumen estadísticas y características generales de los casos que atienden (COVAC, 1994 y 1995; CECOVID, 1993; CAM, 1995). En el área de capacitación, solamente COVAC ha logrado diseñar y establecer, de manera más continua, un modelo de capacitación para instancias de procuración de justicia y más recientemente para algunas instancias de salud.

Por otro lado, los programas del Estado se han creado principalmente para dar respuesta jurídico legal y atención a casos de violencia, y no incluyen la investigación con base en la información que ellos mismos generan. Los convenios con las instancias de salud son limitados y no se ha contemplado la posibilidad de detección y registro de casos de violencia por parte del personal médico.

Gran parte de la discriminación hacia la mujer se basa en la creencia de que el varón es superior a ella y que su superioridad se garantiza de mejor manera si le niegan a ésta sus derechos reproductivos, libertades y acciones. Desde esta perspectiva, existen múltiples momentos en la biografía de las mujeres en los que la violencia puede ser el factor que impida la consecución de la salud reproductiva.

Los estudios realizados hasta la fecha en esta área muestran que los efectos de la violencia sobre la salud reproductiva de las mujeres han sido obviados por las instancias de salud debido a que sus consecuencias han sido minimizadas porque se presentan a mediano y largo plazos. Por ejemplo, el abuso sexual infantil tiene en su mayoría como víctimas a mujeres, y la violación constituye para muchas adolescentes el inicio de la vida sexual y/o da lugar al primer embarazo. En ambos casos, las consecuencias a mediano y largo plazos pueden influir tanto en el establecimiento de futuras relaciones como en la sobrevivencia de los menores producto de ellas.

Las relaciones de pareja donde impera la violencia impiden a las mujeres un ejercicio placentero de su sexualidad, decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, a la vez que puede ser causa de amenazas de aborto o niños con bajo peso al nacer, como resultado de los golpes y el maltrato (Saucedo, 1995).

Un aspecto importante que se debe subrayar es que la oportuna detección de casos de violencia en los servicios de salud representa, de hecho, un elemento de prevención para atender la situación antes de que ésta perdure por años o termine en una sala de emergencia por la gravedad del hecho violento.

Otros aspectos de prevención, resultado de la detección y atención oportunas en los servicios de salud, se pueden resumir de la siguiente manera.

La naturalización de la violencia hace que la gran mayoría de las mujeres que la sufren en el entorno doméstico no la identifique como

tal o no la quiera denunciar en las instancias de procuración de justicia. La detección en los espacios de salud ayudaría a identificar e intervenir en estos casos antes de que aumente la gravedad de los hechos violentos o perdure por años. Los especialistas en el tema coinciden en que el contacto con un profesional de la salud, sensibilizado y capacitado para la atención de estos casos, puede ser el factor que propicie que las mujeres hagan algo para modificar su situación o que identifiquen el riesgo al que pueden estar expuestas.

En los casos en los que se detectan niños maltratados se ha demostrado que para una mejor resolución de la situación, generalmente se necesita contar con el apoyo de la madre, quien puede ser el factor determinante de protección al menor. Sabemos que la modificación de patrones de relación violenta en la familia es quizá la única solución al problema de maltrato a menores ya que es imposible que el Estado pueda brindar alternativas de vida a estos menores. Según datos de la UNICEF, existen en la ciudad de México cuando menos 15 000 niños que viven en la calle porque escaparon de una unidad doméstica violenta y para quienes actualmente aún no existen alternativas de solución a su problemática.

Finalmente, quizá el elemento más importante de prevención es que una temprana intervención puede ser el factor que ayude a romper el ciclo de reproducción intergeneracional de los patrones de violencia.

En resumen, existen elementos exitosos en los diferentes programas e instituciones que atienden la violencia hacia las mujeres. Lo que parece ser necesario en este momento es la capacidad de diálogo e intercambio entre las diversas instituciones, organizaciones e investigadores, para avanzar tanto en el conocimiento como en las formas de desestructurar la violencia que sufren las mujeres.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bedregal, Ximena (1992), "Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia doméstica", en Ximena Bedregal, Irma Saucedo y Florinda Riquer, *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, México, Cicam.
- (b), "Tres experiencias en la ciudad de México", en Ximena Bedregal, Irma Saucedo y Florinda Riquer, *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, México, CICAM.
- Camvac (1985), *Carpeta de información básica para la atención de mujeres violadas*, México, D.F.
- Colectivo Feminista Coatlicue, A.C. (COFEMC) (1987), *Nuestra aportación al trabajo feminista en provincia*, Colima.

- Conapo, IV Conferencia mundial sobre la mujer: acción para la igualdad el desarrollo y la paz: alcances y resultados, México, D. F., Consejo Nacional de Población, octubre, 1995.
- Congreso del Estado de Coahuila, LIII Legislatura, Ley de Asistencia y Atención para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar para el estado de Coahuila.
- COVAC (1990), Evaluación de proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero-diciembre de 1990.
- Cuéllar, Ana María (1992), "CECOVID: nuestra experiencia", en *Aun la luna a veces tiene miedo...*, México, D. F., Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica.
- Diario Oficial de la Federación*, Decreto por el que se reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del *Código Civil* para el Distrito federal en Materia Común para toda la República en Materia Federal; del *Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal*; del *Código para el Distrito federal* en Materia de fuero común y para toda la República en Materia de Fuero federal, y del *Código de Procedimientos Penales* para el Distrito Federal. Tomo DXXXI, núm. 21, diciembre 30 de 1997.
- Duarte, Patricia (1994). "Violencia y salud de la mujer: consecuencias emocionales del maltrato hacia las mujeres dentro del hogar", en Ma. del Carmen Elu y Ana Langer (eds.), *Maternidad Sin Riesgos en México*, IMES, SSA The Population Council, The Ford Foundation/CIMAC/FNUAP.
- Gómez, Adriana y Ana María Portugal (1992), *Derecho al aborto. Por una maternidad libre y voluntaria*, Chile, *Revista de la Red de Salud*, Isis Internacional.
- González Medrano, Leticia y Clementina Nava (1992), *Guía para la atención a mujeres víctimas de la violencia*, Colima, Centro de Apoyo a la Mujer.
- González, Soledad y María Gabriela Hita, "Informe sobre programas gubernamentales y no gubernamentales en salud reproductiva dirigidos a mujeres y grupos de base", PIEM, El Colegio de México.
- Hacia Beijing '95, "Las mujeres mexicanas frente al nuevo milenio", Borrador, documento de las ONG mexicanas, Comité Nacional ONG mexicanas hacia Beijing '95, septiembre de 1994.
- Lamas, Marta (1988), "Salinas y las mujeres", *Nexos*, núm. 124, abril.
- Lau, Ana (1986), *Conciencia y acción de lucha: aproximación a una historia del movimiento feminista en México, 1970-1976*, México, CEESTEM.
- Organización Panamericana de la Salud (1994), *Health Conditions in the Americas*, Washington, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization.
- Rojas, Rosa (1992), "Experiencia de San Cristóbal de las Casas", en Ximena Bedregal, Irma Saucedo y Florinda Riquer, *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, México, Cicam.
- Relatoría de la reunión sobre violencia doméstica y salud, realizada por el Área de Información e Intercambios del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, junio de 1994.
- Saucedo González, Irma (1992), "El difícil camino a la individuación. Procesos grupales en el feminismo", en Ximena Bedregal, Irma Saucedo y Florinda

Riquer, *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, México, Cicam.

——— (1993). “Las ONG de mujeres en México”, México, *Fem*, núm. 126, agosto 1993.

——— (1995), “La relación violencia-salud reproductiva: un nuevo campo de investigación”, *Salud Reproductiva y Sociedad, Órgano Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad*, año II, núms. 6-7, El Colegio de México.

Shrader Cox, Elizabeth y Rosario Valdez (1992), “La violencia hacia la mujer mexicana como un problema de salud pública: la incidencia de la violencia doméstica en una microrregión de Ciudad Nezahualcóyotl”, Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (Cecovid), México.

Velazco, Bertha y Blanca Cortés (1988), “Una experiencia feminista: el Centro de Apoyo a la Mujer de Colima”, en *Mujeres y Sociedad. Hogar y acción social en el Occidente de México*, Jalisco, El Colegio de Jalisco.



## LAS ONG QUE TRABAJAN SOBRE EL SIDA Y LAS MUJERES

ANA MARÍA HERNÁNDEZ  
y ESTHER CASANOVA<sup>1</sup>

Las últimas energías de mi vida las usé para contar mi historia. Para que tú la sepas. Éste es un intento para sobrevivir a mi muerte que será por SIDA, pero también por hambre, por ignorancia, por rechazo, por indiferencia. No quiero que me tengas lástima, ya no me sirve para nada. Quiero tu coraje, que pienses qué te pasa a ti cuando conoces mi historia, qué puedes hacer tú en casos como éste. Si me hubieras conocido ¿te habrías apartado de mí?, ¿me habrías hablado?, ¿me habrías escuchado?, ¿te habrías sentado a comer conmigo? No me lo contestes a mí porque ya no te escucho, respóndetelo a ti y luego díselo a otras mujeres. Yo ya hice lo que pude, lo demás lo harás tú.

Norma, Integrante de Solvida, 1991

### PRESENTACIÓN

Este trabajo está dividido en dos partes. La primera presenta un panorama internacional y de México sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y las mujeres, así como de la relación entre la Salud Reproductiva y el SIDA. La segunda parte tiene como objetivo esbozar un panorama general de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que dedican su trabajo a la problemática del SIDA y a la salud de las mujeres en general, sus propuestas y los retos a la labor que realizan. Sin pretender abarcar el amplio universo de las ONG y su compleja dinámica, nos abocaremos al análisis de algunos organismos que a nuestro juicio son representativos de las actividades, preocupaciones, estrategias,

<sup>1</sup> Coordinadoras del Programa Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos de Salud Integral para la Mujer, A. C. (Sipam). Las autoras agradecen a todo el equipo de Sipam el apoyo y los comentarios a este trabajo, en especial a María Eugenia Romero, Isaura Bono, Monserrat Salas y Georgia Bratt.

obstáculos y propuestas que se plantean para el tema de la salud reproductiva y el SIDA, desde la perspectiva de las ONG en nuestro país.

La reflexión planteada en la segunda parte del presente artículo tiene como antecedente la información obtenida de cuestionarios y entrevistas que fueron aplicados a organizaciones no gubernamentales para la investigación "Promoviendo la Colaboración entre Investigadores y Organismos no Gubernamentales sobre Mujer y SIDA en México". Este estudio fue auspiciado por el International Center for Research on Women y realizada por nuestra organización, Salud Integral para la Mujer A. C. (Sipam) en coordinación con el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) de la UNAM. En dicha investigación se analizaron algunos factores que han impedido hasta el momento lograr una colaboración estrecha entre la academia y el trabajo comunitario directo en lo que a la mujer y al SIDA se refiere. En el foro con el que culminó este proceso se plantearon algunas áreas fundamentales de trabajo así como alternativas para propiciar un primer acercamiento entre estos dos importantes actores (Casanova y Liguori, 1994).

Con el propósito de contar con un panorama más completo, se realizó un número adicional de entrevistas. Logramos reunir información sobre la experiencia de 30 ONG, de las cuales 12 se encuentran en el Distrito Federal y 18 en los diferentes estados del país. Hemos incluido a ONG que surgieron con el fin de contribuir a la lucha contra el SIDA y que posteriormente han incorporado las mujeres a la población con la que trabajan. También consideramos a otras que se crearon con el objetivo de dedicarse a la problemática específica de la salud de la mujer y que debido a la incidencia creciente del VIH en esta población han incorporado el tema del SIDA a sus programas de trabajo.

### *El SIDA y las mujeres en el panorama mundial*

Debido a la alta incidencia de casos de SIDA en hombres, especialmente homosexuales, durante los primeros años de la epidemia del VIH/SIDA, las acciones de atención e intervención para prevenirla y controlarla se centraron en buscar la disminución de riesgos para esta población. Los programas sanitarios, las campañas, así como las acciones de la sociedad civil organizada dedicaron sus esfuerzos a grupos específicos de población que, en general, dejaban fuera a las mujeres. En esta primera etapa sólo fueron incluidas las trabajadoras sexuales. Cabe señalar que fueron objeto de estudio e intervención con el argumento de representar un potencial foco de diseminación para la población masculina heterosexual.

A pesar de que desde la aparición de la pandemia existieron casos de mujeres con SIDA en países de Europa y en Estados Unidos, éstos, en

comparación con las cifras crecientes de hombres, fueron configurando la errónea idea de que las mujeres no representaban una población vulnerable. En África, desde los inicios de la enfermedad, se observó una proporción igual de hombres y mujeres afectados por el SIDA, pero desafortunadamente esta evidencia no fue retomada por las políticas internacionales para prevenir procesos similares en otras partes del mundo.

La investigación biomédica occidental por varios años se dedicó al estudio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los cuerpos de los hombres. La doctora Marvelous Mhloyi de la Universidad de Zimbabwe informa que esta tendencia "es también en parte un reflejo de cómo los sesgos de género permean la comunidad científica, y de la valoración de las ganancias económicas por encima de la vida humana que caracteriza al sector empresarial privado" (Mhloyi, 1993).

El Centro de Control de las Enfermedades (CDC) de Estados Unidos considera una serie de padecimientos y enfermedades que, aunados al diagnóstico positivo de anticuerpos al VIH, define un caso de SIDA. En este listado sólo se considera el cáncer cérvico-uterino como padecimiento específico de las mujeres y éste fue incluido por el CDC hasta 1993 (Secretaría de Salud y Conasida, 1995). Esto hace evidente la necesidad de realizar investigaciones en torno a otras manifestaciones clínicas de las mujeres que pueden estar relacionadas con el VIH/SIDA, como son los hongos vaginales y el virus del papiloma humano.

Sin duda alguna, el rezago en el estudio de la historia del VIH en las mujeres ha hecho que la detección temprana sea una posibilidad de difícil acceso, y que muchas mujeres muertas por SIDA ni siquiera hayan sido diagnosticadas correctamente. Un ejemplo dramático de la carencia de líneas y programas claros para la detección y atención temprana del VIH en mujeres, es que a menudo son los servicios de atención prenatal y obstétrica los puntos de ingreso al sistema de detección del VIH/SIDA. Esto implica que la mayoría de las infectadas no se percata de su seroestatus hasta que solicitan estos servicios o se detecta que sus hijos son VIH seropositivos. En otras palabras, estas mujeres no tuvieron la oportunidad de una confirmación temprana de su estatus, y por ello tampoco la posibilidad de tomar la decisión personal de continuar o interrumpir su embarazo.

Cecilia Olivares, del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), menciona en su artículo "Aborto y VIH-SIDA", que en México, "en el caso de las mujeres con SIDA que solicitan un aborto en los hospitales estatales, las peticiones son analizadas por un consejo médico, que la mayor parte de las veces niega el derecho al aborto" (Olivares, 1994).

Desafortunadamente en muchos casos, la inclusión de la mujer como objeto de estudio en el tema SIDA ha estado ligada a la preocupación de

que ella es potencial transmisora del VIH a sus hijos durante el embarazo, el parto y la lactancia, y a sus parejas sexuales, especialmente cuando son hombres. Con la problemática del SIDA, la brecha existente entre las necesidades de las mujeres y la atención que se les brinda en los servicios de salud se hace más evidente. Esta concepción es contraria a los planteamientos que desde el feminismo se han hecho para visualizar y atender a la mujer como sujeto en sí, y no sólo en función de su relación con los otros y de su papel como reproductora de la especie. En sentido estricto, en los campos de la investigación y la educación se busca encontrar salidas y alternativas a una problemática determinada. Sin embargo, cuando no se enfoca claramente el sujeto al que se pretende beneficiar —en este caso, a las mujeres— se corre el riesgo de tener resultados fallidos o, en el mejor de los casos, insuficientes.

La antropóloga Ana Luisa Liguori ha insistido en que la mayoría de las investigaciones que se han desarrollado hasta hoy en torno a la mujer y el SIDA ha estado orientada básicamente a la transmisión perinatal y a las trabajadoras del sexo comercial, reproduciéndose así los estereotipos de la mujer como madre y prostituta. Sin negar la importancia de estos estudios, plantea como una necesidad apremiante incrementar las investigaciones que se abocan a distintos terrenos: biomédico, clínico, psicológico y sociocultural desde una perspectiva de género (Liguori, 1994a).

Como señala el doctor Carlos del Río, director ejecutivo del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (Conasida), la importancia de la investigación y la acción en el tema mujer y SIDA debe ser apoyada por las siguientes condiciones específicas:

- 1) Las mujeres son más vulnerables biológicamente que los hombres al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), pues presentan un área más grande de mucosa (la pared vaginal, la cual además suele ser especialmente vulnerable a todas las enfermedades de transmisión sexual) que está expuesta a un volumen mayor de fluido (el semen).
- 2) Las mujeres son más vulnerables que los hombres epidemiológicamente porque, por un lado, reciben más transfusiones sanguíneas ligadas a la vida reproductiva; y por el otro, suelen tener relaciones sexuales con personas que han vivido más experiencias sexuales que ellas y, por lo tanto, han tenido más posibilidades de entrar en contacto con el virus.
- 3) Las mujeres son más vulnerables socialmente por su posición de pasividad y subordinación. El doble estándar de moral sexual que les exige fidelidad, mientras tolera la infidelidad de los varones, convierte las relaciones sexuales que establecen con sus parejas

en prácticas de riesgo. Además, se encuentran en condiciones desfavorables en los campos educativo, económico, social y legal respecto de los hombres.\*

La vulnerabilidad de la mujer en estos aspectos, aunada a una escasa existencia de programas efectivos de prevención y métodos de protección específicos para la población femenina, han sido algunos factores que han influido para que la epidemiología de la pandemia cambie. En los últimos años, la infección se ha propagado con mayor proporción en los países en vías de desarrollo, acompañada por un cambio en las formas de transmisión, donde la vía sexual y la perinatal son hoy las de más alta incidencia. Desde 1985-1986, en la mayoría de los países, el índice de casos de VIH-SIDA masculinos ha tendido a estabilizarse, por lo que la proporción de casos en hombres y mujeres se está acercando cada día más. La enfermedad está afectando principalmente a personas de entre 20 y 45 años de edad, por lo que la salud sexual y reproductiva está siendo seriamente amenazada (Mhloyi, 1993).

En 1990 la Organización Mundial de La Salud (OMS), definió que la Campaña Internacional sobre el SIDA para ese año estaría dedicada a las mujeres. Entre los objetivos planteados destacó la necesidad de enfatizar el impacto del VIH/SIDA entre las mujeres, fortaleciendo para ello las actividades y programas de prevención, atención e investigación en todos los ámbitos de la población femenina. Además se planteó la intención de favorecer “un diálogo perdurable, una actividad sustentada y un compromiso a largo plazo entre la gente de todo el mundo” (OMS, 1990). Esta decisión marca un importante cambio en el ámbito internacional, ya que estimula a todos los países afiliados a la OMS a tomar posición y a definir acciones eficaces a corto plazo para disminuir la transmisión del VIH en las mujeres.

### *La situación del SIDA en México*

Desde 1983 en que aparece la epidemia del VIH/SIDA en nuestro país, la vía de transmisión más frecuente para las mujeres fue la transfusión sanguínea. Esto se explica por el hecho de que no fue sino hasta 1986 que se estableció la reglamentación para un estricto control de la sangre para transfusiones y la prohibición de su comercialización. Dos terceras partes de los casos de SIDA en las mujeres en ese periodo fueron el resultado de transfusiones sanguíneas, debido a que ellas están mayormente expuestas a intervenciones quirúrgicas y a procesos hospitalarios derivados de la atención a la salud sexual y reproductiva.

\* Citado en Casanova y Liguori, 1994.

México no ha sido la excepción en el rezago para la atención y prevención del SIDA en las mujeres. La mayoría de los estudios realizados en nuestro país se ha centrado en las trabajadoras sexuales, en hombres homosexuales y, en alguna medida, en las prácticas bisexuales. Esto último representa un factor importante en el impacto de la pandemia en la población femenina.

A partir de 1991, Conasida ha realizado importantes esfuerzos para promover acciones educativas que abarquen a la población en general. Algunos de éstos han sido dedicados especialmente a las mujeres, tratando de erradicar la falsa idea de que el SIDA es un problema de grupos específicos, en los cuales generalmente no se las incluye. Sin embargo, el bajo presupuesto, el alto grado de burocratismo y la falta de voluntad política del sector salud para realizar un trabajo en el marco de la pluralidad y el reconocimiento de la diversidad, así como la intolerancia y la presión de grupos conservadores, son factores que han dificultado en buena medida el éxito de las acciones emprendidas. Mención especial merece el manejo moralista de la sexualidad femenina que reduce el papel de la mujer a madre-esposa o prostituta.

La evolución del SIDA en México y su impacto en las mujeres se expresa en el acelerado crecimiento de casos femeninos VIH positivos. En 1987 la proporción de casos era de 14 hombres por una mujer; en 1995 es de seis hombres por una mujer. La incidencia del VIH en amas de casa se ha incrementado, entre otras causas, porque las campañas de prevención específicas han estado centradas en la promoción de la fidelidad y la monogamia como las únicas formas de prevención posibles, en lugar de promover el empleo de métodos de protección como el condón. Sin embargo, la realidad muestra el alto índice de hombres con prácticas sexuales sin protección, dentro y fuera de la pareja. En algunos estados del país, como Michoacán y San Luis Potosí, entre otros, en donde la migración masculina hacia Estados Unidos es muy elevada, las mujeres están más expuestas al contagio de diversas enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, por los contactos sexuales desprotegidos de sus parejas.

Hasta marzo de 1995 se reportaron en México 22 055 casos acumulados de SIDA. De éstos, 18 850 (85.47%) corresponden a hombres, mientras que 3 205 (14.53%) a mujeres (*Boletín sida/ETS*, año 9, núm. 3, marzo, 1995). El sector salud reconoce que existe un subregistro y retraso en la notificación de casos de por lo menos 40%. Algunos cálculos epidemiológicos señalan que por cada caso de SIDA en México existen alrededor de 30 personas con VIH (Conasida, 1995).

### *La salud sexual y reproductiva y el SIDA*

En las conferencias mundiales sobre SIDA de los pasados tres años, se ha tratado de fomentar la vinculación entre la salud sexual y reproductiva y el SIDA. Numerosos trabajos presentados en dichos eventos hacen hincapié en que no se ha logrado dar un enfoque integral a la prevención para el caso de las mujeres, ya que por un lado se promueven fuertes campañas anticonceptivas con el objetivo de abatir las tasas de natalidad, sobre todo en los países pobres y, por el otro, en estas acciones los métodos que las mujeres pueden controlar, como los de barrera y especialmente el condón, son excluidos de la gama de opciones debido a una clara desconfianza hacia la capacidad femenina para su manejo. Es decir, los programas de planificación familiar no han enfocado sus objetivos a promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que han sido utilizados como estrategias de las agencias internacionales y los gobiernos para promover únicamente el control de la natalidad.

Las ONG, especialmente las dedicadas al trabajo con mujeres, han jugado un papel muy importante para la reformulación de temas y conceptos relacionados con la salud de las mujeres y, con ello, de los programas y políticas sanitarios. La separación que se hacía de la planificación familiar, por un lado, y la salud materno-infantil, por otro, ha empezado a ser sustituida por proyectos que tienen la finalidad de hacer más integral la atención de la salud de las mujeres. Así ha ocurrido en el caso de la Secretaría de Salud en donde se tomó la iniciativa de conjuntar la Dirección de Planificación Familiar y la de Atención Materno Infantil, con el fin de crear una sola: la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (*Suplemento Salud al Día*, 1995).

Esta nueva perspectiva busca vincular los procesos que tienen que ver con la reproducción humana, con el campo global de la sexualidad; es decir, incluir la capacidad reproductiva como una etapa más en la vida de las personas y no como el único punto de atención sanitaria hacia las mujeres. En este esfuerzo, las organizaciones y redes de mujeres en el ámbito internacional han hecho alianzas con organismos de derechos humanos, con agencias de cooperación para el desarrollo y con movimientos de homosexuales y lesbianas. En algunos países los planteamientos de las mujeres han empezado a formar parte de las agendas y del diálogo con los sectores gubernamentales.

La salud sexual y reproductiva abarca no sólo los aspectos biológicos sino también una compleja realidad donde intervienen subjetividades, aspectos económicos y socioculturales que se expresan en un cúmulo de sentimientos y actitudes desde muy temprana edad, así como un conti-

nuo dinamismo en las relaciones de pareja, familiares y en ámbitos sociales más amplios (Muriedas y Hernández, 1994). La salud sexual y reproductiva debe ser enmarcada en el campo de los derechos humanos haciendo énfasis en tres aspectos principales:

- 1) El derecho a determinar cuándo, cómo y con quién expresar o no la sexualidad; y el derecho a regular libremente la fecundidad de manera informada y segura.
- 2) Con base en el derecho de igualdad entre hombres y mujeres debe incluirse al varón como sujeto responsable en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.
- 3) El derecho universal de acceso a los servicios de salud integrales de calidad.<sup>2</sup>

#### LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES: SU TRABAJO EN EL TEMA DEL SIDA Y LAS MUJERES

Los puntos centrales que se abordan en esta segunda parte tienen que ver con el origen de las ONG, los objetivos de su organización, la población a la que dirigen sus esfuerzos, sus actividades y líneas de acción, así como los obstáculos que enfrentan en relación con la temática de salud reproductiva y SIDA. Se incluyen también sus opiniones respecto a los servicios públicos de salud dirigidos a las mujeres.

#### *Origen y fundación de las ONG*

La mayoría de las organizaciones sobre las cuales disponemos de información están constituidas como asociaciones civiles. La fecha de su fundación varía, iniciando sus actividades una de ellas en 1969, otra en 1971, catorce en el periodo de 1980 a 1989, y las catorce restantes entre 1990 y 1994.

Doce de ellas se encuentran en el Distrito Federal; cinco en Guadaluajara, Jalisco; tres en Cuernavaca, Morelos; dos en Ciudad Juárez, Chihuahua; dos en Tijuana, Baja California, y una en cada una de las siguientes entidades: Mérida, Yucatán; Oaxaca, Oaxaca; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Nezahualcóyotl, Estado de México, y Jalapa, Veracruz.

La mayoría de las ONG que se fundaron entre 1980 y 1986 tienen como origen la defensa de los derechos humanos de homosexuales y lesbianas, ya que varios de sus integrantes habían sido militantes y diri-

<sup>2</sup> Muriedas y Hernández, 1994.

gentes de organizaciones pioneras de los setenta, como el Grupo Lambda de Liberación Homosexual y el Frente Homosexual de Acción Revolucionaria, entre otras. A partir de la propagación de la epidemia del VIH/SIDA entre los homosexuales, entonces conocida como GRID (inmunodeficiencia relacionada a los *gays*), consideraron importante informar y preparar a la comunidad *gay* sobre el riesgo que representaba el SIDA para ellos.

Estas organizaciones se formaron a partir de la experiencia de la muerte de algunos de sus compañeros y amigos. El dolor los hizo tomar conciencia de la necesidad de no permanecer pasivos e iniciar acciones en defensa de su vida. Éste es el caso del Colectivo Sol, surgido en 1981 y que desde entonces y hasta la fecha ha sido una de las organizaciones que ha trabajado de manera más consistente.

La creciente demanda de atención ocasionó que se diera un desarrollo acelerado de estas ONG, obligándolas a asumir una serie de actividades e iniciativas para enfrentar esta enfermedad, de la que aún se conocía muy poco. La comunidad *gay* reaccionó con rapidez, copiando los modelos de trabajo de las organizaciones de Estados Unidos y adaptándolos a sus necesidades. Se hicieron comunes las pláticas, trípticos y talleres sobre sexo seguro.

Algunos grupos que surgieron para la defensa de los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA, realizaron un trabajo de denuncia y seguimiento legal de casos de violaciones cometidos por parte de empresarios, patrones y prestadores de servicios de salud y autoridades diversas. Esta labor tan importante fue iniciada por los organismos GIS-SIDA y Mexicanos contra el SIDA, cuyos dirigentes, Francisco Galván y Arturo Díaz respectivamente, han dejado aportes significativos para que otras ONG continúen con esa línea.

En esta etapa las ONG comenzaron a ejercer presión sobre el gobierno con el fin de que se implantaran estrategias de prevención y educación, que hasta ese momento eran inexistentes. En este contexto todavía no había claridad respecto a lo que pasaba con las mujeres y el SIDA, probablemente debido al reducido número de infectadas por el VIH en los inicios de la pandemia, y al desconocimiento por parte del personal de los servicios de salud de cómo se presenta esta enfermedad en las mujeres. Los grupos con trabajo en SIDA no contemplaron la labor con las mujeres como algo prioritario dentro de sus programas porque sus acciones estaban dirigidas principalmente a hombres homosexuales y posteriormente a bisexuales.

En la segunda mitad de los ochenta surgieron algunos grupos de trabajadoras organizadas del sexo comercial, donde destacó el liderazgo de Claudia Colimoro, actual dirigente del grupo Mujeres por la Salud en

Acción contra el SIDA (Musa). Este sector se vio impactado de manera importante por el SIDA y, en consecuencia, se dio a la tarea de sensibilizarse y capacitarse acerca de las medidas de protección que tendrían que tomar para no correr el riesgo de verse afectadas por el VIH. Las trabajadoras sexuales fueron catalogadas como una amenaza para sus clientes, y los medios de comunicación y las instituciones de salud las consideraron como pertenecientes a sectores o grupos de alto riesgo, con los homosexuales.

La lucha que estos dos sectores, homosexuales y prostitutas, encabezaron contra la estigmatización de grupos específicos, fue determinante para que en años posteriores se empezara a hablar de prácticas de riesgo que pueden afectar a hombres y mujeres en general, y no de sectores de alto riesgo, que suponen la exclusión del resto de la población. Vale la pena destacar que, al igual que en otros países, en México el mayor número de estudios y "las primeras campañas de información sobre VIH/SIDA que se realizaron desde el gobierno, pusieron especial énfasis en los mal llamados sectores de alto riesgo" (Aldana, 1994). Esta política dificultó mucho la labor preventiva con la población, en especial con las mujeres, pues provocó que la mayoría se percibiera a sí misma como fuera de riesgo.

El IV Congreso Feminista de 1989 realizado en la Universidad de Chapingo, fue el primer espacio masivo donde se habló sobre las implicaciones e impacto del sida para las mujeres en general. La sexóloga Alma Aldana y su equipo, en representación de Amigos en Ayuda Voluntaria Educativa (AVE de México), organizaron una conferencia sobre el tema y desarrollaron dos talleres de sexo seguro. La iniciativa fue exitosa y, a nuestro juicio, significó el inicio de un trabajo que con los años ha dado muchos frutos.

En el caso de los estados del país, el Grupo Lésbico Patlatonalli de Guadalajara, surgido en 1986 con la finalidad de defender el derecho de las mujeres, en especial de las lesbianas, editó el primer tríptico sobre mujer y SIDA que sirvió durante mucho tiempo como material de difusión para diversos grupos de mujeres.

Surgido en 1969, Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL), fue el primer grupo feminista en el Distrito Federal que en 1989 abrió un área de trabajo específico sobre mujer y SIDA. Las responsables e impulsoras de este trabajo fueron Alma Aldana y Ana Edith Langlois, quienes organizaron distintos cursos para la formación de replicadoras del tema "Mujer y SIDA" con asistentes de varios estados de la República. De estos talleres surgieron promotoras y líderes que continúan desarrollando actividades en relación con el tema, entre las cuales se encuentran mujeres de ONG feministas, de organizaciones sociales del movimiento urbano popular, maestras, trabajadoras sexuales, promotoras de

salud, entre otras. El CIDHAL fue la primera organización feminista que solicitó y obtuvo financiamiento para desarrollar actividades sobre el tema.

Paralelamente surgieron otros organismos cuyo origen se debió a situaciones concretas como la aparición de mujeres infectadas por VIH/SIDA, ya sea porque sus parejas eran donadores remunerados de sangre, como sucedió en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, o como ocurrió en Ciudad Juárez, Chihuahua, donde surgió el grupo Compañeros con la finalidad de evitar la transmisión del VIH a mujeres parejas sexuales de usuarios de drogas inyectables.

La tragedia de Nezahualcóyotl, donde fueron infectadas más de 1 500 personas donadoras remuneradas de sangre, con la consecuente transmisión sexual y perinatal, dio origen al grupo Solidaridad y Vida (Solvida), integrado básicamente por las mujeres con VIH y con SIDA, parejas de donadores infectados. Por medio de sus testimonios las integrantes de esta ONG realizaron una importantísima labor de sensibilización en el país y en el ámbito internacional. Estas mujeres fueron centrales para que en las ONG se empezaran a conocer las manifestaciones específicas de la enfermedad en las mujeres y las desigualdades de clase y género que prevalecen. Norma, miembro del grupo, dejó su testimonio en el audiovisual titulado *Para que tú lo sepas*, realizado por CIDHAL en 1990.

Algunas organizaciones que posteriormente se involucraron en el trabajo de mujer y SIDA son grupos que surgen a partir del trabajo en el área de la salud sexual y reproductiva, como es el caso de Sipam, que desde el movimiento de mujeres y feminista contribuye a la generación de propuestas y acciones de la sociedad civil organizada. En particular se propone luchar por el pleno ejercicio del derecho a la salud así como la libre y plena expresión pública y privada de las mujeres. A partir de 1991 incluyó dentro del programa Mujer, Sexualidad y SIDA el Centro para la Detección del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), dirigido por y para mujeres.

### *Objetivos de las ONG*

Los objetivos por los que se fundaron estas organizaciones varían según el tipo de interés, su infraestructura, el número de sus integrantes, los financiamientos que reciben y su especificidad. Básicamente podrían agruparse en organizaciones pro derechos de homosexuales y lesbianas y la libre opción sexo-afectiva; salud sexual y reproductiva de las mujeres en general; defensa de los derechos humanos, y promoción de las demandas y planteamientos feministas. Destaca el hecho de que en todas estas ONG un objetivo importante es la búsqueda de un cambio en la cultura moralista de la sexualidad centrada en la homofobia y el sexismo.

Los principales objetivos de las ONG en relación con el tema del SIDA, son los siguientes:

- Concientizar y sensibilizar a la población en general acerca de la problemática del SIDA.
- Realizar un trabajo educativo y de promoción en la sociedad para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el VIH.
- Reconocer y defender los derechos humanos y laborales de las personas que viven con el VIH/SIDA, así como ofrecer servicios de atención médica, psicológica y espiritual a estas personas y mejorar su calidad de vida.
- Ejercer presión política sobre el gobierno para generar estrategias de prevención y educación, así como para elevar la calidad de la atención sanitaria.
- Ofrecer información clara, veraz y sin prejuicios.

Estos objetivos han ido adaptándose de acuerdo con el avance de la pandemia y los retos que ésta impone. Esto puede observarse, por ejemplo, en la manera en que se ha ido transformando la información y educación de la población. En un primer momento la tarea se centraba en difundir las formas de transmisión y la promoción del uso del condón, ante la desinformación y pánico que causaba esa nueva enfermedad. Con el tiempo, en el caso de las mujeres, la situación se complicó. Había que dar una respuesta a la negativa de los hombres a utilizar el condón. Las mujeres que participaban en los talleres ya se advertían sujetas de riesgo, pero no sabían cómo hacer para convencer a su pareja de la necesidad de la protección, ya que muchas veces se enfrentaban al maltrato, ofensas e incluso a los golpes, probablemente por la idea que se tiene acerca de que:

Si es la mujer la que propone el uso del preservativo a su pareja, e incluso es quien lo adquiere y provee, es estigmatizada como prostituta, pues una mujer decente no tiene motivos para cuidarse, y si lo hace "por algo será". El discurso dominante intenta así impedir que las mujeres lleven adelante prácticas que tengan que ver con su propia protección. (Litwin, 1990.)

Aún ahora, la falta de poder de las mujeres en la pareja y el hecho de que su sexualidad les sea exigida como condicionante para mantener, en muchos casos, la seguridad económica o la permanencia de la pareja, sigue siendo un problema para quienes deciden incursionar en este tipo de trabajo. Una de las propuestas que las mujeres han hecho para sensibilizar a sus parejas es invitarlos a participar en los talleres de

sexo protegido. Las ONG dedicadas al trabajo con mujeres empezaron a explorar la posibilidad de incluir a los hombres, lo que ha significado un nuevo reto. Las organizaciones de trabajadoras sexuales viven una situación similar, pues se ha logrado que muchas exijan al cliente el uso del condón. Incluso, en algunos talleres han aprendido a ponerlo sin que el cliente se dé cuenta. Pero el problema persistente radica en que cuando tienen relaciones sexuales con su pareja, muchas de ellas no se protegen, por lo que pueden estar expuestas al riesgo de infección.

#### POBLACIÓN DESTINATARIA

Las ONG se enfocan a una población muy diversa. Existen organizaciones que dirigen sus acciones principalmente a hombres homosexuales y bisexuales; otras trabajan brindando asesoría y apoyo a familiares de personas que viven con VIH/SIDA. Más de la mitad refiere trabajar, en mayor o menor medida, con mujeres. Algunas realizan actividades con trabajadoras sexuales, amas de casa, lesbianas, adolescentes y con mujeres que conviven con personas infectadas de VIH o SIDA.

Habría que resaltar que de las 16 organizaciones que manifestaron tener alguna tarea dirigida a mujeres, menos de la mitad se dedica exclusivamente a este sector. La mayoría las incluye como parte de la población general con la que trabajan y no tiene una estrategia específica para ellas. Las razones principales que refieren para no contar con una estrategia específica hacia las mujeres, tienen que ver con los pocos recursos humanos y económicos, además de la falta de capacitación en cuestiones de género. Una más refiere el poco impacto aparente que el SIDA ha tenido en las mujeres, en relación con la población masculina.

Estos puntos resultan importantes ya que quienes se han dedicado al trabajo sobre el SIDA y, posteriormente, por su impacto en las mujeres, se ven orillados a atenderlas, no son organizaciones que trabajan con una visión de género. Aun cuando el proceso concientizador ha sido importante, pocos son los grupos feministas que han levantado la bandera de la lucha contra esta terrible enfermedad. Es más, podemos afirmar que quienes se dedican a defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres aún no logran darle un lugar de prioridad en las agendas y acciones que realizan.

Como sucede en el caso de los hombres homosexuales, quienes dirigen sus esfuerzos a la atención de mujeres con VIH/SIDA, generalmente son grupos constituidos por personas enfermas o que conviven con personas infectadas por el virus. En ocasiones estos organismos atraviesan por un proceso muy complejo debido al estado de salud de muchos de sus inte-

grantes, a las malas condiciones económicas para atenderse y al permanente desgaste emocional que representa el trabajo de acompañamiento a otras mujeres, por lo que su duración ha sido de corto plazo.

Una tarea que cotidianamente han realizado y que no es muy conocida ni atendida por las instituciones gubernamentales, es la relacionada con los trámites legales y familiares que realizan para garantizar que los hijos(as) de estas mujeres con SIDA no queden desamparados. A menudo, éstas y otras ONG, como es el caso de las que se dedican a la promoción de grupos de autoapoyo de personas que viven con VIH o con SIDA, pasan a ser espacios sustitutos del ámbito familiar, en especial cuando la familia no les brinda el apoyo que requieren. Estas experiencias son ejemplo de la solidaridad que se tendría que promover en toda la sociedad.

Las ONG que se han dedicado por muchos años a defender el derecho a la libre opción sexo-afectiva para las mujeres, refieren que "Las mujeres lesbianas no estamos incluidas en las políticas y programas gubernamentales relacionados con el VIH y SIDA [...] Nosotras también tenemos glóbulos rojos y blancos, no somos inmunes" (Nualart y López, 1991). Su trabajo ha sido especialmente difícil ya que, al no reconocerse y aceptarse otras opciones distintas a la heterosexualidad, las necesidades y vivencias de mujeres lesbianas quedan excluidas de los servicios de salud, de las estadísticas y programas de prevención, con lo que se refuerza la idea de que ellas no corren ningún riesgo en relación con las ETS y el SIDA.

### *Actividades y líneas de acción*

La mayoría (29) de las ONG entrevistadas se dedica a la capacitación, la educación para la prevención así como a la presión política. Las menos ofrecen además algunos servicios de atención a la salud. Otras tantas participan en trabajos de investigación.

#### ALGUNOS MODELOS DE CAPACITACIÓN EN INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA

Éste es un rubro en donde las ONG han hecho los mayores aportes. Distintos modelos de capacitación para la formación de voluntarios(as) han visto nacer contingentes de hombres, y en menor medida de mujeres, que dedican sus energías a informar a sectores amplios de la población. Sin duda los modelos de capacitación más enriquecidos son aquellos que han puesto en marcha las ONG que han tenido la oportunidad de retomar ideas y materiales desarrollados por otros países. Son los dirigidos inicialmente a hombres homosexuales, que incluyen además de la capacitación

para el uso del condón, aspectos relacionados con las formas de relación sexo-afectiva en ese grupo y con las prácticas sexuales que ejercen. De hecho, es con ellos con quienes se empieza a hablar de la erotización del condón, del manejo de sexo seguro y sexo protegido.

Una de las ONG con más trabajo en ese sentido es AVE de México, que ha formado a más de 450 replicadores(as) de sus talleres. Con los años ha venido desarrollando sus cursos con una visión más integral al incluir temas que se relacionan con el SIDA como por ejemplo, historia de la sexualidad humana, distintas expresiones del comportamiento, tanatología, prácticas sexuales seguras y no seguras, el SIDA y los medios de comunicación, entre otros.

En el terreno de la comunicación y el SIDA, Voz Humana ha sido una organización pionera al diseñar y socializar, por medio de cursos, un modelo de capacitación para el manejo de líneas telefónicas de información sobre SIDA, poniendo especial cuidado en el discurso educativo que se brinda dentro de estos servicios. Voz Humana busca que criterios como la accesibilidad, la veracidad, la racionalidad, el respeto, la equidad y la propositividad, priven dentro de un discurso para la educación y la prevención (Lagunes, 1995a).

Otras experiencias, como la capacitación que se brinda a familiares y amigos acompañantes de personas con VIH-SIDA, han aportado mucho en este sentido. Los participantes son entrenados en el cuidado de personas con SIDA en lo concerniente a aspectos nutricionales, de atención primaria, de higiene, apoyo emocional y en el acompañamiento para el "bien morir". Entre las que se dedican a estas actividades destacan: Acción Humana por la Comunidad A.C., Programa Amigos Acompañantes, A. C. (Amac) y el Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido contra el SIDA A. C.

Mujeres por la Salud y Acción contra el SIDA (Musa) es la ONG que se ha dedicado a capacitar en el ámbito nacional a trabajadoras del sexo comercial. Según sus propios datos ha capacitado a alrededor de 3 000 de las aproximadamente 200 000 que se ubican en estéticas, bares y vía pública, según sus propios datos. Musa tiene grupos de capacitadoras en distintos estados del país que, en coordinación con el sector salud, brindan información por medio de talleres en algunos hospitales, como el Gregorio Salas y el Centro de Salud de San Simón, en el Distrito Federal, que funcionan como centros de muestreo de las trabajadoras sexuales. En su trabajo, dirigido especialmente a mujeres, con una perspectiva de género, Musa incluye actividades dirigidas a cantineros, vigilantes y demás personal masculino que se encuentra en sus espacios de trabajo, ya que en muchas ocasiones ellos son sus parejas.

Actualmente existen grupos, sobre todo los que trabajan específicamente con mujeres, que en sus modelos de capacitación sobre salud sexual y reproductiva incluyen el tema del SIDA sólo como un elemento periférico, un tanto desligado de otros, como el aborto, el embarazo, la anticoncepción. Con todo lo que implica esta afirmación, podemos decir que aún no se logra incorporar la idea de que el SIDA es un factor de riesgo muy cercano para las mujeres en general.

### EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN

Múltiples acciones por parte de las ONG se han desarrollado con el fin de brindar información que posibilite la educación haciendo énfasis en la prevención. Casi todas las ONG han diseñado y reproducido materiales como trípticos, folletos, boletines periódicos, carteles, paquetes para sexo protegido, y algunos materiales audiovisuales. En general estos productos van dirigidos a sectores específicos de la población que no suelen incluir a las mujeres. Ejemplos de esos materiales son *Acción en SIDA*, del Colectivo Sol y *Letra "S"*, suplemento mensual que inició en el diario *El Nacional* y desde agosto de 1996 se convirtió en suplemento de *La Jornada*. Ambos son importantes documentos de consulta en el trabajo cotidiano de las ONG, que han buscado compartir experiencias de México e internacionales respecto a distintos tópicos del SIDA y la sexualidad.

Ante la falta de material específico, los grupos que empezaron a trabajar con mujeres se vieron en la necesidad de utilizar los modelos de educación e información dirigidos a los hombres homosexuales. Con el tiempo los fueron modificando y crearon propuestas nuevas que permitieron la apertura de espacios de reflexión sobre la realidad específica de las mujeres frente al SIDA.

Poco a poco, distintas ONG publicaron algunos folletos y materiales educativos dirigidos a mujeres. En varios de ellos se presenta información sobre el condón femenino, una alternativa para la prevención de la transmisión del VIH. Sin embargo, por cuestiones políticas y económicas todavía no están comercializados en México y, por ende, no es una opción real para las mujeres hoy. Pese a ello, algunas ONG lo han promocionado ampliamente y su uso está siendo probado por sus usuarias.

La radionovela *Rocío, una mujer de nuestro tiempo*, coproducida por Mexicanos Contra el SIDA (confederación de ONG recientemente desaparecida) y el Instituto Mexicano de la Radio (Imer), fue uno de los primeros materiales radiofónicos que tuvo gran impacto. Vinieron más tarde cápsulas y programas de radio coordinados y producidos por distintas ONG. Otra línea de trabajo importante para la difusión de infor-

mación han sido los talleres de sensibilización sobre SIDA y sexo protegido, que son impartidos por el conjunto de ONG que trabajan en el tema.

Sin embargo, por la fuerte demanda de distintos sectores, como por ejemplo las instituciones educativas que solicitan información para sus estudiantes, las ONG no han tenido las posibilidades económicas y humanas para actualizarse y responder a los retos de hoy día. Más de la mitad refiere necesidad de capacitación y falta de tiempo para sistematizar y ordenar sus experiencias. Podríamos decir que se actúa de acuerdo con la emergencia social que representa la pandemia.

La educación para la prevención ha estado muy centrada en la promoción del uso del condón masculino. En general no se ha incorporado el elemento del cuidado de uno mismo. Como elemento básico para el cambio de actitudes y prácticas. Este punto es uno de los más difíciles de lograr por la lógica aprendida respecto a dar y recibir atención sanitaria. Las personas acuden a los servicios para que les curen algún padecimiento y no para prevenirlo.

#### LA PARTICIPACIÓN EN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Por el trabajo específico que desarrollan, algunas ONG han explorado la posibilidad de establecer una relación de colaboración con investigadores de la academia o de instituciones de salud. Se han desarrollado algunas experiencias de colaboración entre ONG e investigadores pertenecientes a instituciones como Conasida, la Unidad de Investigaciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, El Colegio de México y la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otros. El papel de las ONG se ha centrado en brindar datos y acceso a grupos de informantes, pero no han participado en el diseño de los proyectos.

En estos intentos de vinculación, las ONG refieren algunos problemas:

- La dinámica en la que se desarrolla el trabajo de los investigadores está supeditada a los requerimientos y necesidades de las instituciones a las que pertenecen. Es difícil empatar los tiempos, las necesidades y los estilos de trabajo.
- Varias ONG dijeron resentir que generalmente los académicos reciban financiamientos con mucha mayor facilidad. El manejo de estos fondos no se da de manera igualitaria cuando se está colaborando. Los créditos y reconocimiento al trabajo aportado por las ONG es un punto más de conflicto. (Casanova y Liguori, 1994.)

Generalmente las agencias de cooperación internacional que apoyan el trabajo de las ONG no destinan fondos para que éstas desarrollen líneas propias de investigación. Esto dificulta que en su interior existan equipos de personas capacitadas para este fin. La riqueza que brinda el trabajo directo con la población no es sistematizada en la mayoría de los casos, y por lo que se puede observar, los estudios de impacto no están al alcance de estas organizaciones por el alto costo implicado y por su dinámica activista que da prioridad a las necesidades inmediatas.

### PRESIÓN POLÍTICA

En los últimos cinco años se ha reconocido en el ámbito internacional por parte de organismos tan importantes como la ONU, el papel fundamental que juegan las ONG para el conocimiento y desarrollo de las sociedades en su conjunto. Con mucha dificultad (sobre todo por parte de los gobiernos) se ha empezado a reconocer que el trabajo en la dimensión cotidiana y personal tiene un valor científico y político. En este ámbito se mueven y actúan las ONG, como parte del conjunto de la sociedad civil organizada.

En particular las ONG en México que tienen trabajo en SIDA, desarrollan acciones de presión política y cabildeo para que su saber y propuestas sean tomadas en cuenta para la definición de estrategias y políticas públicas adecuadas a las necesidades de la población. No nos referimos sólo a la demanda de participación en organismos de consulta para estos fines, sino también a la asignación de una parte del presupuesto federal para el desarrollo de proyectos que consideran importantes.

Casi todas las ONG en la actualidad mantienen relación, en mayor o menor medida, con Conasida en el Distrito Federal y con los Consejos Estatales de SIDA (Coesidas) en los diferentes estados del país. Los grados de acercamiento y colaboración varían de acuerdo con la disposición y apertura de las instancias gubernamentales responsables y el desarrollo de las ONG involucradas. En general, realizan trabajos conjuntos en fechas puntuales, como el primero de diciembre, Día Mundial de Lucha contra el SIDA. Sin embargo, una queja repetida es que el sector salud no enfrenta con decisión y fuerza la pandemia del SIDA, que sus campañas y mensajes dirigidos a la población son mediatizados por presiones de la Iglesia católica y grupos conservadores.

De esta manera, una lucha central de estas ONG ha tenido que ver con lo que el SIDA representa para muchos sectores de la sociedad: estigmatización, muerte, prostitución y homofobia. Significa actuar a contracorriente, enfrentarse a posiciones reaccionarias respecto a la sexuali-

dad, que utilizan la mentira como forma de actuación, el descrédito y el discurso del terror. Manifestaciones en la calle, foros públicos, conferencias nacionales e internacionales, participación en algunos medios de comunicación, entre otros, son formas de presión ejercidas por las ONG para lograr el respeto a las diferentes formas de vivir, pensar y actuar en relación con la sexualidad. Estas acciones buscan sensibilizar a la población y exigir al Estado actuar frente al SIDA con mayor fuerza y decisión.

### SERVICIOS

Las ONG entrevistadas prestan diversos servicios relacionados con la atención a la salud. Ocho organizaciones atienden a personas que viven con VIH/SIDA. La mayoría de ellas atiende básicamente a hombres y esporádicamente a las mujeres que lo solicitan. Probablemente esta situación responde a que la difusión que se da de estos servicios va dirigida precisamente a la población masculina por ser su sector prioritario. Como consecuencia, la atención que se proporciona a estas mujeres no integra cuestiones específicas de género.

Hay que reconocer, sin embargo, que en la actualidad algunas ONG empiezan a desarrollar modelos específicos para mujeres. Son los casos de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA y Ser Humano, quienes están dirigiendo recursos humanos y materiales para la atención y apoyo emocional a población femenina. El único grupo que surge con la finalidad específica de atender a mujeres con VIH/SIDA y que actualmente funciona, es la Organización de Atención Integral en SIDA (Orain), dedicada principalmente a proporcionar apoyo emocional mediante la formación de grupos de autoapoyo, apoyo material por medio de un banco de medicamentos y de despensas.

La experiencia de las ONG ha evidenciado la necesidad de ofrecer servicios de detección de VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual al alcance de la población en general. Sin embargo, sólo cinco del total de organizaciones sobre las cuales tenemos información, cuentan con ellos. La especialización que requiere de la prestación de este servicio y los costos que representa, han obligado a las ONG a depender de instituciones gubernamentales y/o privadas. Muchas veces los resultados de estas pruebas demoran hasta más de un mes, sobre todo cuando los análisis clínicos están a cargo de dependencias del sector salud. Y hay que destacar que el retraso en la entrega de resultados es un factor generador de angustia, no sólo para la usuaria, sino también para las prestadoras del servicio.

Del conjunto de ONG, sólo seis incluyen en sus programas de trabajo al menos uno de los siguientes servicios de salud para mujeres: atención

ginecológica, planificación familiar y salud reproductiva, detección oportuna de ETS y de cáncer cérvico-uterino y mamario, asesoría psicológica individual y grupal. Cabe destacar que cinco de estas organizaciones se encuentran en estados de la República y sólo una en el Distrito Federal.

Una de las razones que refieren para prestar un servicio de atención sanitaria, tiene que ver con que estas ONG perciben que los servicios de salud carecen de calidad y por ende no cubren las expectativas y necesidades de las usuarias. Esto no significa que el objetivo sea suplir las responsabilidades que le corresponden al Estado para garantizar el derecho a la salud, sino que su finalidad es proponer modelos alternativos de atención que sean retomados por las instituciones sanitarias, para el mejoramiento en la prestación de los servicios.

Otra razón es que algunos de los servicios, como la detección oportuna de ETS para mujeres, no forman parte de los programas de atención primaria del sector salud. Múltiples investigaciones y estudios (Hunter *et al.*, 1993) han demostrado que estas enfermedades son un factor de riesgo relacionado con el VIH y que la incidencia de éstas en las mujeres se ha elevado en los últimos años. El Centro de Detección para VIH/SIDA y ETS que funciona en Sipam desde 1991 y que ha atendido a un total 605 usuarias, reporta que una de cada tres mujeres que se practican estas pruebas presentan al menos una ETS. Las más comunes han sido chlamydia, herpes y sífilis (Argott *et al.*, 1992).

La falta de espacios de apoyo emocional para mujeres en las instituciones públicas de salud y sus elevados costos en la atención privada, son dos factores más que justifican la existencia de estos servicios en algunas ONG.

La defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA es otro de los servicios que ofrecen las ONG. Aun cuando resultan preocupantes la discriminación, las arbitrariedades y la indiferencia social a las que se enfrentan estas personas, sólo cinco del total de estas ONG destinan sus esfuerzos a este rubro.

Las experiencias de estos grupos muestra que a pesar de la gran cantidad de casos de mujeres violentadas en sus derechos, han sido pocas las que han tomado la decisión de efectuar una denuncia. La razón es su desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. A esto se agrega el temor a enfrentar la burocracia, la corrupción y la falta de respeto que existe dentro del sistema legal.

Este fenómeno no sólo es enfrentado por las ONG ya que, como señala Silvia Panebianco de Conasida, en general, las mujeres con VIH o con SIDA se niegan a denunciar o a demandar, por razones comprensibles, pues tienen poca claridad acerca de sus derechos y, como resultado, no los ejercen (Brito y Díaz, 1995).

La epidemia del SIDA ha hecho resaltar la brecha entre los documentos internacionales en defensa de los derechos de las personas, muchos de los cuales han sido suscritos por México, y la experiencia que viven las mujeres de nuestro país. Con frecuencia se observa que no son respetados algunos de los derechos de las mujeres que se describen específicamente en el Convenio Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres. El documento señala que los gobiernos tienen el deber de asegurar:

1) que los derechos de la mujer estén debidamente protegidos por la ley; 2) que las mujeres tengan el poder de gozar sus derechos a la educación, el trabajo, la salud, etc., en condiciones iguales a las del hombre; 3) que el respeto por los derechos humanos no sea sólo una obligación legal o una necesidad para lograr programas efectivos contra el SIDA, sino que sea un imperativo moral; 4) que el respeto a la igualdad de derechos, autoestima y dignidad de todas las mujeres, hombres y niños constituya la esencia misma de la humanidad que nos une a todos. (Hausermann, 1991.)

#### *Opinión de las ONG en cuanto a los servicios de salud pública destinados a mujeres*

La gran mayoría de las ONG entrevistadas opinó que los servicios de salud pública dirigidos a las mujeres son insuficientes, ineficientes y de baja calidad. Expresan que el problema radica en que estos servicios no están pensados ni planeados para atender las necesidades específicas de las mujeres y que la mayoría de los trabajadores de la salud no mantiene un trato respetuoso y sensible, lo cual inhibe la asistencia de ellas a los servicios de atención sanitaria. Esto se ve agravado si se considera que además las mujeres, por el papel social que juegan como cuidadoras de otros(as), recurren a los servicios sólo hasta que presentan síntomas que ya no pueden controlar.

En particular, para el tratamiento preventivo del SIDA, no toman en cuenta que las mujeres requieren de formas propias de protección. Cuando acuden a solicitar un servicio para el control de la fecundidad, en la mayoría de los casos, cuando se prescribe un método diferente del condón, no se les explica que ese método únicamente las protege de un embarazo no deseado pero no de adquirir alguna ETS, incluyendo el VIH.

Ante el inminente impacto del SIDA entre las mujeres, algunos investigadores y activistas han planteado la necesidad de desarrollar métodos de prevención que las mujeres puedan controlar e incluso usar sin que su pareja sexual lo sepa. "En términos ideales el producto que necesita ser desarrollado debe ser altamente eficaz contra el VIH, no ser tóxico,

ser económico, ser transparente e inodoro y que no prevenga el embarazo, o sea que mate al VIH pero no al espermatozoide." (Elías y Heise, citado en Liguori, 1994b.)

Otras carencias a las que se refirieron las organizaciones entrevistadas en relación con los servicios de salud para mujeres, aluden en general a la falta de un programa de salud sexual y reproductiva; la insuficiencia de servicios hospitalarios; no contar con lugares de atención personalizada, sin tener que atravesar barreras burocráticas; la falta de sensibilidad, conocimiento y respeto por parte de los(as) proveedores de servicio hacia las mujeres; la falta de conocimiento y la estigmatización que priva hacia la atención de mujeres con preferencias sexo-afectivas diferentes.

Recientemente, algunas de las ONG que dedican sus actividades a las mujeres y la salud y/o que brindan servicios de atención sanitaria, fueron convocadas por Sipam con el fin de iniciar una reflexión profunda acerca de lo que significa la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a las mujeres, desde una perspectiva de género. Algunos materiales bibliográficos utilizados para la discusión señalan que "La calidad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes" (Donabedian citado en Ruelas, 1992). En agosto de 1995 culminó este proceso, con la presentación de un documento de resultados y propuestas para su discusión y diálogo con autoridades de salud, académicos y diversas instancias de la sociedad civil, con el fin de que la propuesta sea incluida en la planeación e implantación de políticas públicas.

### *Obstáculos al trabajo de las ONG*

Los principales obstáculos que las ONG señalan para el desempeño de su trabajo son:

- La falta de recursos económicos y la dificultad, cada vez mayor, para la obtención de financiamientos, ya que México ha dejado de ser prioridad para las agencias de cooperación internacionales, principal fuente de ingresos de estas organizaciones. Esta situación contrasta con las múltiples necesidades que presentan las ONG y los sectores de población a los que se dirigen, lo que ocasiona que su trabajo se vea amenazado.
- Por no contar con suficientes recursos humanos y materiales, ni con la capacitación necesaria, la mayoría de las ONG se ve en

vuelta en dinámicas que responden sólo a necesidades de emergencia. A menudo se pierde la visión necesaria para distinguir entre lo urgente y lo importante, entre el corto plazo y la planeación estratégica.

- El camino paralelo que hasta hoy sigue llevando la investigación y el trabajo directo de las ONG, retrasa una posible colaboración que podría dar respuestas eficaces ante el SIDA.
- Por el desarrollo desigual en los intereses, prioridades, orígenes y estilos de trabajo, las ONG, especialmente las que centran su trabajo en la problemática del SIDA, han experimentado dificultad para coordinarse entre sí. Experiencias desafortunadas en la formación y funcionamiento de redes, frentes y demás instancias conjuntas han desgastado las energías y en algunas ocasiones, los conflictos generados han sido punto distractor para su trabajo. Un ejemplo de ello lo dio la Confederación Mexicanos Contra el SIDA que, sin negar el importante papel que jugó para iniciar un trabajo conjunto de colaboración entre ONG del país, terminó por disolverse ante la imposibilidad de llegar a acuerdos.
- En general las mujeres siguen sin percibirse como sujetos de riesgo. Esto impacta, además de su salud, en los programas de las ONG, ya que al no sentir una fuerte demanda, no buscan abrir espacios para ellas, ni se promueven acercamientos con los grupos que tienen experiencia en cuestiones de género.
- Las ONG que toman al SIDA como uno más de sus programas, se han constituido en torno a otras prioridades. Es el caso de los grupos feministas, que no han logrado darle un lugar importante, vinculado con sus programas de salud sexual y reproductiva.
- Las posiciones y acciones de la jerarquía católica y demás grupos fundamentalistas, que buscan imponer sus ideas mediante la presión hacia el Estado, los medios de comunicación y las reuniones y foros nacionales e internacionales, son un fuerte obstáculo para la realización del trabajo de las ONG. En particular, el discurso que manejan sobre la sexualidad, promueve la castidad y la monogamia como únicas formas de prevención:

Además de reiterar los preceptos moralistas de la Iglesia y de promover el método Billings, la principal estrategia de los educadores católicos contra los anticonceptivos consiste en desacreditarlos, argumentando que no son totalmente seguros y, especialmente en el caso del condón, afirman gratuitamente que es "inseguro", que no evita los embarazos ni las enfermedades de transmisión sexual. (González, 1994.)

- El recorte presupuestal en salud y la actual reestructuración de Conasida, es un grave obstáculo hoy, ya que está generando la posible desaparición en algunos estados de los Coesidas y en el Distrito Federal ya se efectúa el desmantelamiento del Centro Copilco, sin que se haya dado a conocer ningún programa que rescate la experiencia de apoyo y asesoría que estos servicios ofrecen. Por otro lado, el control de las campañas gubernamentales sobre SIDA en los medios masivos de comunicación se le ha retirado a Conasida, para otorgarle la responsabilidad a la Secretaría de Salud. (Lagunes, 1995.)

### *Necesidades y perspectivas hacia el futuro*

En el transcurso de las entrevistas con las ONG pudimos observar que la discusión sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres generada en los distintos espacios académicos, institucionales y dentro del movimiento feminista, representa un tema nuevo, sobre todo para aquellas organizaciones que se dedican únicamente al tema del SIDA. Aunque existe voluntad de incluir el tema en sus programas, nos parece que por sus prioridades, la dinámica de emergencia en la que actúan y la población a la que dirigen sus esfuerzos, difícilmente estas organizaciones se dedicarán al trabajo de los derechos reproductivos. Pensamos que esta tarea tendrá que ser asumida por aquellas organizaciones que realizan sus actividades con las mujeres como única población destinataria. Sin embargo, resulta deseable continuar la labor de sensibilización y conocimiento de las necesidades de las mujeres ante el impacto del SIDA en el conjunto de las organizaciones.

Para finalizar, a continuación presentamos las necesidades y propuestas que las ONG consideran más apremiantes para tomar acciones en relación con el SIDA y la salud reproductiva de las mujeres.

- Promover y facilitar, con voluntad política, un diálogo serio y respetuoso entre las ONG y las distintas instituciones de salud y educación con el fin de coordinar esfuerzos para el diseño, desarrollo y evaluación de políticas públicas que atiendan las necesidades y aspiraciones de la población usuaria.
- Crear una agenda de prioridades de investigación multidisciplinaria en relación con el SIDA y la salud sexual y reproductiva, retomando para ello los avances que ya existen. Se plantea la participación conjunta de las ONG que cuentan con una visión de género y las diversas instituciones de investigación, para el diseño y desarrollo de protocolos. Para llevar a cabo este

trabajo será necesario que el gobierno y las agencias de cooperación destinen los recursos necesarios.

- Promover el intercambio de experiencias y trabajo conjunto entre las ONG que se dedican exclusivamente al trabajo en SIDA y las que desarrollan programas de salud sexual y reproductiva con el fin de buscar una retroalimentación e impulso de enfoques integrales.
- Destinar recursos humanos y materiales de las ONG y las instituciones de salud y educación para promover campañas de educación y sensibilización dirigidas a las mujeres en general, para la difusión masiva de los derechos sexuales y reproductivos.
- Incluir a la comunidad usuaria y sus propuestas en la elaboración de los programas, poniendo especial atención en aquellos sectores que por clase, raza y preferencia sexo-afectiva han sido discriminados.
- Promover la sensibilización del personal de salud que da atención a mujeres, por medio de información y capacitación en torno a la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.
- Que los servicios de salud garanticen su accesibilidad tanto geográfica como en cuanto a costos.
- Continuar la búsqueda de formación de redes de organismos no gubernamentales que permitan la coordinación y colaboración entre ellos, así como dar mayor fuerza a las actividades y propuestas.
- Participar en el diseño de contenidos para los planes curriculares educativos y de los medios de comunicación para promover la inclusión de temas relacionados con sida, la salud sexual y reproductiva de forma veraz y desprejuiciada.
- Estructurar programas de atención dirigidos a profesionales de salud para la adecuada detección y diagnóstico de enfermedades y manifestaciones clínicas en las mujeres relacionada con el VIH/SIDA.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Aldana, A., "Mujer, sexualidad y sida", en *Mujer y sida*, México, El Colegio de México, 1992, pp. 139-158.
- , "La sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual", en *Antología de la sexualidad humana* 3, México, Conapo-Porrúa, 1994, pp. 493-522.
- Argott, M.; E. Casanova; A. Ispording y A. Hernández, *El SIDA y las mujeres* (recopilación de la experiencia de Sipam), México, Salud Integral para la Mujer, A.C., 1992.

- Barbosa, R., "Uma proposta para a prevenção", en *Umás & Outras*, Brasil, Projeto Mulher & AIDS/ARCA, marzo, 1993, pp. 1-7.
- Berer, M., "Enfermedades vinculadas al VIH/SIDA, sus efectos en la salud de la mujer, su tratamiento y cuidados", en *La mujer y el VIH/SIDA: Compendio Internacional de Recursos* (S. Bermejo y B. Fernández, trads.). Inglaterra, Women and HIV/AIDS Book, 1993.
- Brito, A. y A. Díaz, La desigualdad social de la mujer la hace más vulnerable a la infección (entrevista con la licenciada Silvia Panebianco Labbe), en *El Nacional, Suplemento Letra S* (sup. 5), marzo, 1995, pp. 4-5.
- Casanova, E. y A. Liguori, *Promoviendo la colaboración entre investigadores y Organismos No Gubernamentales sobre Mujer y SIDA en México*, México, Sipam e ICRW, 1994.
- Conasida, OPS/OMS y USAID, *Memorias del Taller de Fortalecimiento Institucional para Organizaciones No Gubernamentales con Trabajo en SIDA en México*, 1994.
- , *Boletín mensual SIDA/ETS: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Enfermedades de Transmisión Sexual*, enero 3, 1995.
- González, E., *Conservadurismo y sexualidad: cómo propagar el SIDA*, México, Rayuela Editores, 1994.
- Hauserman, J., "Mujeres y SIDA: una perspectiva desde el punto de vista de los derechos humanos", en *El SIDA y los derechos humanos: compartiendo el desafío* (M. Varas, trad.), Canadá, The Vancouver World AIDS Group con IDERA y Oxfam Global Health Project, 1991.
- Hunter, D.; J. Mati; J. Giese y C. Daly, "Métodos anticonceptivos, infección de VIH y otras ETS", en A. M. Hernández y S. Vandale (coords.), *Enfoques de investigación sobre VIH/SIDA* (trabajo presentado en el taller organizado por la AIDS Reproductive Network durante la Conferencia Internacional sobre SIDA en Berlín), 1993.
- Laguna, J. y J. Fernández de Castro, "Equidad y salud", en *Salud Pública en México*, 34 (sup. 1992), México, Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 9-15.
- Lagunes, F., *Aportes para un discurso educativo sobre SIDA centrado en la comunidad: la Propuesta de Voz Humana* (trabajo presentado en el I Taller para la elaboración de propuestas contra la discriminación asociada a VIH/SIDA), México, Voz Humana, 1995a.
- , "Contra el desmantelamiento", en Red Nacional de Sistemas de Apoyo en SIDA *Boletín Red SIDA*, mayo, 1995b, pp. 8-9.
- Liguori, A., *El SIDA y la salud reproductiva*, Manuscrito inédito, 1994a.
- , "El SIDA y la salud reproductiva", *FEM*, marzo, 1994b, pp. XII-XV.
- Litwin y Taboada, "El preservativo, una alternativa posible", en Colectivo Sol, A. C., *Boletín Acción en SIDA*, octubre 9, 1990.
- Loffredo, S., "Investigando a las mujeres y el SIDA: una equivocación mortal", *FEM*, marzo, 1994a, pp. XV-XVI.
- , "Las madres del mañana... ¿o las de hoy?", *FEM*, marzo, 1994b, pp. IX-XI.
- Mhloyi, M., "Mejorando la prevención del VIH/SIDA en las mujeres", *Decidamos*, Argentina, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, abril-junio, 1993, pp. 17-21.

- Muriedas, P. y A. Dahm, *El Gobierno de Salinas de Gortari y la salud de las mujeres: balance sexenal*, México, Red por la Salud de las Mujeres (D. F.), 1994.
- , y A. Hernández, *El derecho a la salud sexual y reproductiva en México y las políticas de población* (manuscrito inédito), Salud Integral para la Mujer, A. C., 1994.
- Nowrojee, S., *Población y derechos reproductivos: Perspectivas feministas desde el Sur* (resumen basado en el texto de Sonia Correa), Perú, Punto Focal de MUDAR para América Latina, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 1994.
- Nualart, M. y G. López, *Mujeres lesbianas y SIDA* (tres partes) (documento presentado en el II Congreso Nacional sobre SIDA), México, Patlatonalli, A. C., 1991.
- Olivares, C., *Aborto y VIH/SIDA*, manuscrito inédito, 1994.
- OMS, "Programa global sobre SIDA: Informe de la OMS", en Colectivo Sol, A. C., *Boletín Acción en SIDA*, octubre 9, 1990.
- Rosas, F. VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, una vinculación que debe fomentarse (entrevista con Gabriela Rodríguez), en Colectivo Sol, A.C., *Boletín Acción en SIDA*, octubre-diciembre, 1994, pp. 9-15.
- Ruelas, E., "Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones", en *Salud Pública de México*, 34, México, Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 29-45.
- Secretaría de Salud y Conasida, *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, 1995.
- Sepúlveda, J.; M. Bronfman; G. Ruiz; E. Stanislawski y J. Valdespino, *SIDA, ciencia y sociedad en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989.
- , H. Fineberg y J. Mann. *SIDA, su prevención a través de la educación: una perspectiva mundial*, México, Manual Moderno, 1993.
- Suplemento Salud al Día, *La salud reproductiva fundamental para el desarrollo del país*, Juan Ramón de la Fuente, *El Día*, 2, mayo, 1995.



# LA INICIATIVA POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS EN MÉXICO

MARÍA DEL CARMEN ELU<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país la mortalidad materna (muertes de mujeres causadas por embarazo, parto o aborto) a pesar de ir disminuyendo, todavía es alta. Más aún teniendo presente la reiterada afirmación de la Organización Mundial de la Salud respecto a que en su gran mayoría estas muertes son evitables.

La tasa nacional en 1996 fue de 4.8 defunciones por 10 000 nacidos vivos, pero diversos estudios indican que puede existir un subregistro de entre 40% y 50% en algunas regiones del país. Su tendencia al descenso ha disminuido y la crisis económica que atraviesa el país desde hace varios años hace temer que la situación no mejore en los próximos años si no se toman medidas estratégicas para ello.

Desde el punto de vista biológico las principales causas de la mortalidad materna en México son la toxemia, las hemorragias, las complicaciones del puerperio y el aborto, cuyo inapropiado registro es uno de los principales responsables de la subestimación del problema en nuestro país. Pero más allá de las causas asentadas en los certificados de defunción, es necesario identificar e incidir en los factores reales que producen esas muertes, porque la morbimortalidad materna no es un accidente, sino el producto de múltiples factores interrelacionados entre sí: condiciones socioeconómicas desfavorables; persistencia de actitudes y prácticas discriminatorias hacia las mujeres y de contradicciones culturales entre el valor abstracto adjudicado a la maternidad y la protección social y familiar que se brinda a las mujeres durante sus procesos reproductivos, y carencia de acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Cuando estos factores se acumulan, como en el caso de muchas áreas rurales, el resultado es fatal.

Si bien una drástica reducción de la morbimortalidad materna sólo se logrará a partir de cambios estructurales, ello de ninguna manera

<sup>1</sup> Secretaria técnica del Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México.

significa que, incluso en las actuales condiciones, no se puedan desarrollar estrategias y acciones concretas que procuren no solamente el abatimiento de la morbimortalidad materna, sino el mejoramiento de la salud reproductiva de todas las mujeres. Puesto que la mortalidad y morbilidad maternas son producto de múltiples factores, salvar la vida y proteger la salud de las mujeres exige un esfuerzo conjunto de todos los sectores sociales. A ello busca contribuir la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos en México.

#### ANTECEDENTES

En 1987 múltiples y prestigiosos organismos internacionales alarmados por el alto número de muertes maternas acaecidas en el mundo (no menos de 585 000 anuales), y la poca atención que esta tragedia estaba recibiendo, convocaron a una Conferencia Mundial en Nairobi, Kenia. Después de analizar exhaustivamente, desde diversas vertientes y perspectivas, los factores que producían esas muertes y determinar que en su gran mayoría podrían ser evitadas, los participantes en la conferencia lanzaron la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos que se planteó como meta global la reducción en 50% de las muertes maternas para el año 2000, mediante esfuerzos conjuntos de organismos gubernamentales y no gubernamentales. Esfuerzos que estarían enfocados no solamente al abatimiento de la gran tragedia que constituye la mortalidad materna sino también a evitar los sufrimientos y secuelas que padece gran número de mujeres debido a sus procesos reproductivos. Lamentablemente, como se constató en la Consulta Técnica Internacional celebrada en octubre de 1997 en Colombo, Sri Lanka, a diez años de este lanzamiento el panorama continúa siendo altamente preocupante, lo que demanda reavivar los compromisos de los gobiernos e incrementar acciones efectivas.

Por lo que a nuestro continente se refiere, los objetivos de la iniciativa fueron incluidos en la agenda de diversos organismos internacionales, así como retomados en el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, aprobado por los 37 ministros de Salud de las Américas en septiembre de 1990 durante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Este plan enfatiza que la reducción de la mortalidad materna se debe enmarcar en acciones tendientes a lograr la salud integral de las mujeres y ratifica lo evitable de las muertes maternas si se pone en marcha una verdadera voluntad política de lograrlo. Asimismo, señaló metas específicas para los diversos países tomando en cuenta la situación prevaleciente, las dimensiones de

la mortalidad materna y sus condiciones socioeconómicas y de salud, subrayando que las metas establecidas eran factibles de alcanzar si se movilizaba el compromiso político y la colaboración intersectorial. La meta señalada para México fue reducir la mortalidad materna en 30% para el año 1995 y en 50% para el año 2000.

En este contexto se celebró en nuestro país, del 8 al 11 de febrero de 1993, en Cocoyoc, Morelos, la I Conferencia Nacional sobre Maternidad Sin Riesgos, con los siguientes objetivos: analizar las dimensiones, factores y consecuencias de la morbilidad materna en nuestro país; proponer acciones y estrategias colectivas; establecer compromisos para su disminución y estimular redes de colaboración intersectorial en los ámbitos nacional, regional y estatal para lograrlo.

La conferencia fue organizada por la entonces Dirección General de Salud Materno Infantil de la Secretaría de Salud, Family Care International, El Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C. Contó con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, la Fundación Ford, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y el Population Council, entre otros.

Por muchos conceptos, esta conferencia constituyó un hito en el acercamiento a la mortalidad materna en el país, al hacer visible la tragedia que constituye y a sus graves repercusiones, y porque en ella se propusieron alternativas de solución. De ella, entre otros aspectos, se deben destacar:

- 1) La entusiasta respuesta recibida a su convocatoria por múltiples sectores de la sociedad que se reflejó en la gran diversidad de sus participantes: legisladores de los más importantes partidos políticos, profesionales en el campo de la salud de instituciones públicas y privadas, representantes de grupos de mujeres de todas las entidades federativas y de organismos internacionales, comunicadores sociales y académicos.
- 2) El encuentro e interlocución logrados entre sectores que no acostumbraban congregarse en un mismo evento, la convirtió en un parteaguas respecto a la apertura de colaboración entre organismos gubernamentales y representantes de la sociedad civil.
- 3) El arribo por unanimidad a la Declaración de México para una Maternidad Sin Riesgos, que basada en las discusiones sostenidas, acordó una serie de recomendaciones para disminuir la morbilidad materna en nuestro país y asentó el compromiso colectivo porque dicha Declaración se constituyera, más que en

el corolario de una exitosa conferencia, en una herramienta útil para la aplicación de las estrategias y acciones propuestas.

Finalmente, la conferencia decidió la creación de un comité de seguimiento que promoviese la puesta en práctica de las recomendaciones aprobadas y, con ello, hacer operativos el interés y entusiasmo en ella generados.

### EL COMITE PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS EN MÉXICO (CPMSR)

El CPMSR empezó a funcionar en marzo de 1993, conformado por representantes de los diversos sectores participantes en la Conferencia Nacional. Las funciones que desempeña desde entonces son:

- 1) Da a conocer y sensibiliza a diversos sectores de la población sobre la problemática de la morbilidad materna y los problemas más críticos de la salud reproductiva de las mujeres. Promueve que diferentes sectores y actores sociales de la población se involucren en las alternativas para su mejoramiento.
- 2) Crea espacios de diálogo, capacitación y colaboración concreta y operativa entre los organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- 3) Lleva a cabo proyectos piloto innovadores de investigación o acción, para posteriormente proponerlos a instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales en busca de su aplicación más amplia.

El CPMSR está compuesto por 25 miembros representando a igual número de organismos:

#### *No gubernamentales:*

Mtra. Gloria Careaga (Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM), Dra. María del Carmen Elu (Instituto Mexicano de Estudios Sociales), Dra. Cecilia García Barrios (Instituto Nacional de Salud Pública), Sara Lovera (Comunicación e Información de la Mujer), Acp. Ma. Luisa Becerril (CIDHAL-Centro para Mujeres), Lic. Gabriela Infante (Grupo de Información en Reproducción Elegida), Antr. Pilar Muriedas (Salud Integral para la Mujer).

#### *Gubernamentales:*

Dr. Roberto Ahueh Ahued (Instituto Nacional de Perinatología), Dr. Jorge Arturo Cardona (Jefatura de Salud Reproductiva, IMSS), Lic. Mario Luis Fuentes (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia), Dr. Gregorio Pérez Palacios (Di-

rección General de Salud Reproductiva, SSA. Legisladores: Sen. María Elena Chapa (C. de Senadores).

#### *Internacionales:*

Dra. Lucille Atkin (Fundación Ford), Dr. Javier Domínguez del Olmo (Fondo de Población de las Naciones Unidas), Dra. Ana Langer (The Population Council), Dr. Manuel Moreno (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), Jill Sheffield (Family Care International), Dr. José Luis Zeballos (Organización Panamericana de la Salud).

#### *Comités Maternidad Sin Riesgo de los Estados:*

Dra. Belem Vargas (Chihuahua), Dr. Ascencio Villegas (Guerrero), Dras. Rosa Lilia García/Sofía de León (Oaxaca), Dr. Enrique Hidalgo (Querétaro), Esp. Andrea Saldaña (San Luis Potosí), Dr. Enrique Hernández (Veracruz).

Aun cuando mantiene contactos fructíferos con muchas de ellas, lógicamente no forman parte del CPMSR todas las organizaciones que trabajan en el área de la salud reproductiva en el país. A propósito se ha deseado mantener un número reducido de miembros que permita su funcionamiento expedito al mismo tiempo que un balance entre los organismos gubernamentales, no gubernamentales e internacionales.

El CPMSR funciona con base en reuniones plenarias bimestrales y grupos de trabajo *ad hoc*, establecidos cuando así se requiere. Estas reuniones plenarias permiten mantener un proceso constante y actualizado de toma de decisiones consensuadas que se concretan en acuerdos y responsables de su cumplimiento. De esta manera constituyen un procedimiento de planeación y evaluación continuas, así como de identificación de obstáculos y planteo de los mecanismos más adecuados para su superación. Hasta diciembre de 1997 se han efectuado 30 reuniones plenarias. Sus miembros coinciden en que merece la pena dedicarle un día completo, que es lo que duran, por ser espacios productivos y estimulantes, opinión que se refleja en su perseverante y activa participación.

El comité está apoyado por un Secretariado Técnico-Administrativo (STA), ubicado en el Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C., que estimula, monitorea, sirve de enlace y apoya técnica y financieramente la realización de los acuerdos, además de participar activamente en la movilización y administración de recursos y en la difusión de la iniciativa. Luego de cada reunión, el STA elabora y distribuye oportunamente una reseña donde se asientan los aspectos tratados y los acuerdos tomados, que constituye, a su vez, los puntos de partida de las siguientes reuniones.

## ACTIVIDADES REALIZADAS (SELECCIÓN)

La primera actividad del CPMSR consistió en la elaboración de un Plan de Trabajo 1993-1996 basado en las recomendaciones de la declaración emanada de la conferencia de Cocoyoc. Cada una de ellas fue analizada y cuando se consideró factible y que no duplicaba lo que ya está desarrollándose por otras instancias, fue plasmada como una posible acción.

En términos generales las actividades emprendidas se ubican bajo los siguientes grandes rubros, que se concatenan y retroalimentan entre sí.

*Revisar y promover cambios en la legislación y normas que favorezcan una Maternidad Sin Riesgos*

Durante estos años se elaboraron y repartieron diversos documentos entre legisladores. Del mismo modo, se mantuvieron reuniones con miembros de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras para darles a conocer la Declaración de México por una Maternidad Sin Riesgos, así como sensibilizarlos respecto a posibles modificaciones que se requerían promover en el ámbito legislativo. Para orientar este proceso se hizo un amplio análisis de las leyes vigentes y se identificaron las áreas prioritarias en las que debían producirse dichos cambios. El documento resultante ha sido objeto de sucesivas revisiones incluyendo la realizada por abogados de la Cámara de Senadores. Actualmente se trabaja en la versión final y simultáneamente se buscan los mecanismos oportunos y adecuados para su propuesta en las instancias correspondientes.

*Participación en la elaboración de las Normas oficiales pertinentes al tema Maternidad Sin Riesgos*

Como actividad permanente el CPMSR revisa el *Diario Oficial* para identificar las normas oficiales en proceso e intervenir en su elaboración final. En 1994 el comité entregó a las autoridades responsables sugerencias de modificación al Proyecto de la Nueva Norma de Planificación Familiar. Lo mismo hizo con la Norma de Atención Materno Infantil, y en los años posteriores, con las relativas a salud reproductiva. Durante 1997 participó activamente en la revisión y presentación de propuestas a la nueva norma para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer Cérvico-Uterino. Si bien en ocasiones anteriores las recomendaciones hechas por el comité habían recibido cierta atención, es en este último caso donde el resultado ha sido más satisfactorio debido a la conjunción de esfuerzos con muchos otros organismos no gubernamentales, incluyendo la Red por la Salud de las Mujeres en el Distrito Federal, así como

al interés de la Dirección General de Salud Reproductiva de la SSA, por arribar a una norma consensuada.

*Promover la Iniciativa Maternidad Sin Riesgos, crear espacios multisectoriales de reflexión e interlocución sobre temas esenciales de la salud reproductiva, y sensibilizar e informar a la población respecto a los riesgos durante los procesos reproductivos y las medidas de prevención*

Uno de los mecanismos para lograr estos propósitos ha sido la realización de eventos. Éstos han adquirido dos modalidades:

*1. Conferencias estatales y municipales.* Sus principales objetivos son analizar las dimensiones, factores y consecuencias de la morbilidad materna, así como aspectos cruciales de la salud reproductiva, en un contexto sociogeográfico y cultural específico, propiciar el intercambio de experiencias y perspectivas de organismos gubernamentales y no gubernamentales, identificar acciones factibles por ser desarrolladas y favorecer un compromiso colectivo para llevarlas a cabo. Los temas por tratar y su dinámica son definidos por un comité organizador conformado localmente por organismos gubernamentales y no gubernamentales. En sus cinco años de funcionamiento el CPMSR ha coorganizado diez conferencias de este tipo cuyas sedes y coordinadores locales se mencionan a continuación:

- \* San Luis Potosí, S.L.P. (1993.) Gabinete de Enfermeras y Centro de Orientación.
- \* Inter-Huastecas, Ciudad Valles, S.L.P. (1993.) Gabinete de Enfermeras y Centro de Orientación.
- \* Xalapa, Ver. (1994.) Grupo Salud y Género.
- \* Ciudad Juárez, Chih. (1994.) Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario.
- \* Acapulco, Gro. (1995.) Centro de Investigaciones en Enfermedades Tropicales-UAG.
- \* Querétaro, Qro. (1995.) Sociedad Multidisciplinaria de Salud Reproductiva y Salud Sexual.
- \* Oaxaca, Oax. (1995.) Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- \* Cerritos, S.L.P. (1996.) Comité MSR de San Luis Potosí.
- \* Amealco, Qro. (1996.) Comité MSR de Querétaro.
- \* Ciudad Valles, S.L.P. (1996.) Comité MSR de San Luis Potosí.

Todas las conferencias se han caracterizado por cumplir satisfactoriamente con sus objetivos de crear espacios de reflexión e intercambio

multisectorial, involucrando nuevos actores en las discusiones, tales como legisladores, periodistas y maestros, por citar sólo algunos, además de prestadores de servicios, grupos de mujeres, médicos y promotores tradicionales, parteras empíricas, investigadores, etcétera. La demanda ante su convocatoria siempre ha superado las expectativas, lo cual confirma que están respondiendo a una necesidad real. En todos los casos se ha propiciado el involucramiento de los medios de comunicación para dar mayor visibilidad pública a la problemática analizada. Asimismo, las conferencias han sido un punto de partida para la constitución de los Comités Estatales de Maternidad Sin Riesgos, que se han abocado a la realización de actividades de muy diversas características, como organización de talleres, coloquios, presencia en programas de radio y de televisión, además de involucrarse en diferentes acciones promovidas por el CPMSR, del que automáticamente forman parte.

2. *Coloquios y talleres.* Tienen como finalidad analizar, desde variados enfoques y perspectivas, un tema relevante de la salud reproductiva, favoreciendo la interlocución entre organismos públicos y de la sociedad civil, particularmente grupos de mujeres. En el caso de los talleres se incorporan ejercicios y dinámicas participativas. Hasta diciembre de 1997 se han llevado a cabo 34 coloquios o talleres sobre los siguientes tópicos:

Materiales de Comunicación y Educación a la Población en Salud Reproductiva (ciudad de México, 1994). Parteras Empíricas (Cuernavaca, Mor., 1994, 1997; Amealco, Qro., 1996, 1997). Calidad de los Servicios en Salud Sexual y Reproductiva (ciudad de México, 1995, 1996; Querétaro, 1997). Planificación Familiar Postparto y Postaborto (ciudad de México, 1995; Cuernavaca, Mor., 1995; San Luis Potosí, S.L.P., 1995; Querétaro, Qro. 1996). Cesáreas (ciudad de México, 1996; Ciudad Valles, S.L.P., 1996). Cáncer Cérvico Uterino (ciudad de México, 1997; Cuernavaca, Mor., 1996; Querétaro, Qro., 1997). Educación Perinatal (Cuernavaca, Mor., 1997); Talleres para periodistas sobre Maternidad Sin Riesgos (Jalapa, Ver., 1995; Acapulco, Gro., 1995). Talleres sobre Relaciones de Género en Salud Reproductiva (ciudad de México, 1995; Querétaro, Qro., 1995, 1996, 1997; Acapulco, Gro., 1995; San Luis Potosí, S.L.P., 1996; Chihuahua, Chih., 1996, 1997; Jalapa, Ver. 1996; Chilpancingo, Gro., 1997; Cuernavaca, Mor., 1997). Violencia Doméstica contra Mujeres Embarazadas (Querétaro, Qro., 1996). Anticoncepción de emergencia (Querétaro, Qro., 1997). Sexualidad Humana (San Luis Potosí, S.L.P., 1997).

Más de 3 000 personas han participado en estos tres tipos de encuentros. Para muchas de ellas ha significado una primera ocasión de compartir experiencias y puntos de vista, así como de conocer lo que se piensa y hace en sectores o ámbitos diferentes al suyo.

Las actividades antes mencionadas se complementan con otras tendientes a orientar a la población en general, como las campañas sobre

Maternidad Sin Riesgos, del 21 al 28 de mayo, y las realizadas con motivo de la declaración del Mes de la Salud Reproductiva, en octubre, que incluyen difusión en prensa y presentaciones en radio y televisión, organización de cine y video-debates, etcétera. Todo ello tanto en el ámbito nacional como de los estados participantes en la iniciativa. En 1996 se logró que los billetes de la Lotería Nacional del 28 de mayo reprodujeran el logotipo y la leyenda Maternidad Sin Riesgos.

### *Violencia doméstica contra mujeres embarazadas*

La violencia es un flagelo que amenaza permanentemente a las mujeres. El CPMSR ha identificado que el embarazo no las protege de sufrir violencia, sino que por el contrario puede exacerbarla, paradójicamente, en el periodo durante el cual se encuentran más vulnerables, potenciando así sus graves, y a veces fatales, consecuencias. En 1996 el CPMSR produjo, en colaboración con Salud Integral para la Mujer (Sipam), el cassette *Donde más duele: violencia doméstica contra mujeres embarazadas*. Distribuido por medio de distintas redes radiofónicas y traducido a varias lenguas indígenas, desde entonces es difundido permanentemente por emisoras del país. Este cassette forma parte de un programa más amplio contra de la violencia doméstica hacia las mujeres embarazadas, que comprende la elaboración de un manual para prestadores de servicios de salud y una campaña de sensibilización a todos los sectores. Con ello el CPMSR se une decididamente a la lucha que se libra en México para contener la violencia doméstica que causa tantos estragos.

### *Investigación*

Son muchas y prestigiosas las instituciones que en nuestro país se abocan a realizar investigaciones en salud reproductiva. Para colaborar con ese esfuerzo el CPMSR desarrolló dos investigaciones operativas directamente orientadas a lo que constituye su esencia: la prevención de la morbimortalidad materna.

1) PUESTOS DE SALUD PARA MUJERES EMBARAZADAS. Este proyecto buscó contribuir a la identificación oportuna de mujeres embarazadas con factores de riesgo y promover su asistencia a consulta prenatal. Su modalidad consistió en instalar Puestos de Salud en lugares donde las mujeres acostumbran a acudir dentro de sus actividades cotidianas; y mediante tres medidas sencillas —toma de presión, localización de edemas y revisión de las conjuntivas—, y la aplicación de un pequeño cuestionario, identificar a mujeres en riesgo y enviarlas a Centros de Salud cercanos.

Este proyecto se llevó a cabo en Chihuahua (1996), Guerrero (1995), Oaxaca (1995, 1996), Querétaro (1996), San Luis Potosí (1995, 1996), Veracruz (1995, 1996), y en una colonia del Distrito Federal (1995), contando con la asesoría de Family Care International. La investigación comprendió el seguimiento de las mujeres referidas mediante dos visitas domiciliarias; la última, una vez ocurrido el parto. A los puestos acudieron un total de 1 559 mujeres a las que además se brindó consejería resaltando el componente de autoestima, y se les entregó material informativo en lenguaje accesible sobre los cuidados pertinentes durante el embarazo. El promedio de edad de las mujeres que asistieron fue ligeramente inferior a los 25 años y 17.5 % del total aún no cumplía los 20. En 30% de los casos era su primer embarazo.

El 46% de las mujeres atendidas fueron referidas a una institución de salud, con base en criterios prefijados, siendo el más frecuente la ausencia de control prenatal previo, seguido por la presencia de edema y la posible existencia de anemia. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas en el seguimiento acudió a consulta prenatal médica posterior, debido, según su propia expresión, a la motivación y trato personalizado recibidos en los puestos.

Con base en los resultados preliminares, la Red por la Salud de las Mujeres en el Distrito Federal planea aplicar la estrategia durante 1998 y 1999 en zonas particularmente necesitadas de la capital del país. Asimismo, la Dirección General de Salud Reproductiva ha recomendado a las entidades federativas que también la pongan en marcha. Un informe detallado del proyecto será divulgado en el transcurso de 1998.

2) MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS Y DE INTERVENCIONES CON LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE LAS AUTOPSIAS VERBALES. Su principal objetivo fue identificar los factores mediatos asociados a las muertes maternas, susceptibles de ser modificados mediante acciones viables. Comprendió como universo de estudio todas las muertes maternas acaecidas en los estados de Guerrero, Querétaro y San Luis Potosí durante 1995, así como una muestra "control" diseñada a partir de las muertes maternas hospitalarias. Fue desarrollado por los respectivos CMSR estatales bajo la coordinación del Population Council. Sus resultados fueron presentados y discutidos públicamente durante 1997 en cada entidad participante y en la ciudad de México. En su análisis, al igual que en las discusiones de los mismos, se ha enfatizado la identificación de posibles intervenciones para lograr la disminución de la mortalidad materna.

El CPMSR tiene en proceso otras dos investigaciones:

\* *Atención a Mujeres en Edad Fértil y a Embarazadas Jornaleras Agrícolas Migrantes en el Estado de Oaxaca.* Su propósito es diseñar una estrategia

para proteger la salud de mujeres de la Mixteca oaxaqueña, mayoritariamente indígenas, que se trasladan anualmente a Sinaloa en época de cosecha, ya sea como jornaleras ellas mismas o acompañando a sus maridos. Se establece en colaboración con CMSR en Oaxaca, el Programa de Jornaleros Agrícolas de la Secretaría de Desarrollo Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social. El proyecto busca atender a las mujeres en cuatro momentos: en sus comunidades antes de su salida, en su itinerario de traslado, durante su estancia en los campos de trabajo de Sinaloa, y en sus localidades de origen posteriormente a su regreso. La primera prueba de este modelo terminó a mediados de 1998 y se planeó, con las adecuaciones y ajustes pertinentes, rediseñarlo y desarrollar otra prueba piloto durante 1998 y 1999.

\* *Cesáreas*. Derivada en gran parte del coloquio realizado sobre el tema, esta investigación pretende obtener información cualitativa de personal médico y de mujeres sometidas al procedimiento que complementa la de índole cuantitativa recolectada mediante otros estudios. La información resultante será útil para aplicar medidas conducentes a su racionalización. Fue diseñada conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud, la Dirección General de Salud Reproductiva y el Population Council, y se está llevando a cabo en dos hospitales de la ciudad de México, bajo la coordinación de ese último.

### *Recolección y difusión de información sobre Maternidad Sin Riesgos*

Como actividad permanente, el Comité difunde documentos y diversos materiales sobre la temática que maneja, al mismo tiempo que produce y distribuye publicaciones que compendian los trabajos presentados en eventos por él organizados.

De las Conferencias ha producido:

*Declaración de México para una Maternidad Sin Riesgos* (1993, 1994, 1996, 1997); *Maternidad Sin Riesgos en México* (1994); *Declaración de Chihuahua por una Maternidad Sin Riesgos y Maternidad Sin Riesgos en Chihuahua* (1995); *Declaración de Veracruz por una Maternidad Sin Riesgos y Maternidad Sin Riesgos en Veracruz: Retos y Perspectivas* (1995); *Declaración de Guerrero por una Maternidad Sin Riesgos* (1995); *Declaración de Querétaro por una Maternidad Sin Riesgos y Maternidad Sin Riesgos en Querétaro* (1995); *Declaración de Oaxaca por una Maternidad Sin Riesgos* (1996); *Declaración de Morelos por una Maternidad Sin Riesgos y Maternidad Sin Riesgos en Morelos* (1996); *Maternidad Sin Riesgos en Guerrero* (1996); *Maternidad Sin Riesgos en Oaxaca* (1997); *Maternidad Sin Riesgos en San Luis Potosí* (1997).

Como su nombre lo indica, las declaraciones incluyen una serie de recomendaciones para el abatimiento de la morbilidad materna, mientras que los libros contienen una selección de las ponencias pre-

sentadas en las conferencias respectivas. Su presentación pública en los estados correspondientes ha contribuido a sensibilizar a cada vez mayor número de personas sobre los temas tratados y a movilizar voluntades en la aplicación de soluciones.

Para fomentar la divulgación de los materiales presentados y discutidos en los coloquios o talleres se han publicado: *Calidad de la Atención: Aportes* (1995); *Relaciones de Género en la Salud Reproductiva* (1996); *Cesáreas* (1997); *Calidad de la Atención en Salud Sexual y Reproductiva* (1997); *Cáncer Cérvico-Uterino* (en prensa).

Adicionalmente, el Comité ha producido una *Carpeta Informativa sobre Maternidad Sin Riesgos* (1994), en colaboración con CIMAC, particularmente dirigida a brindar información a comunicadores sociales; y *Plataforma de Acción. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* (1995) que contiene una selección de los párrafos aprobados en dicha conferencia directamente vinculados con la Maternidad Sin Riesgos. Es decir, hasta 1997, el CPMSR ha aportado 21 publicaciones que sirven de material de referencia para los interesados en la temática que maneja y para la difusión general de la iniciativa, cuya utilidad se ha visto manifiesta en su gran demanda. Para la gran mayoría de los casi 300 autores que han hecho sus contribuciones a ellos, estos libros han significado la primera oportunidad de ver publicados sus trabajos.

Asimismo, a partir de 1994 se edita un boletín semestral donde se analizan diversos temas y se dan a conocer resultados de sus investigaciones y eventos. Algunos comités estatales de MSR publican sus propios boletines.

Desde febrero de 1995 el CPMSR forma parte del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, responsable de la elaboración y monitoreo de los Programas de Salud Reproductiva y de Planificación Familiar. Esto ha favorecido la incorporación en dichos programas de enfoques clave a las inquietudes e intereses de las mujeres, como son la perspectiva de género y el reforzamiento de la consejería brindada en los servicios de salud como garantía para la toma libre de decisiones de las usuarias de los mismos. Igualmente, ha facilitado la inserción en sus objetivos programáticos de aspectos cruciales en la salud reproductiva de las mujeres como son, por ejemplo, la racionalización y disminución de las cesáreas, y la prevención y tratamiento de la violencia doméstica contra mujeres embarazadas.

#### COMENTARIOS FINALES

En estos años de funcionamiento el CPMSR ha cumplido el objetivo de promover la Iniciativa Maternidad Sin Riesgos, logrando cada vez

más su inclusión en la agenda de instituciones oficiales de salud, de organizaciones no gubernamentales y de organismos internacionales. Al mismo tiempo ha estimulado en forma notoria el diálogo de grupos de mujeres con los organismos públicos con benéficos resultados. Y lo ha hecho a través de convertirse en una modalidad innovadora de colaboración intersectorial que para todos los participantes resulta productiva y enriquecedora. Así se recalcó durante el Proceso de Planeación Estratégica llevado a cabo por el Comité en los primeros meses de 1997, con el propósito de sistematizar su experiencia en los años transcurridos y establecer sus prioridades al futuro.

Son muchos los factores que han contribuido al trabajo del Comité. Por una parte, el propio manejo conceptual y operativo que el Comité hace de la Maternidad Sin Riesgos, considerándola no desde un enfoque biologicista, sino integrador y multidimensional, lo cual lo convierte en un tema aglutinador de variadas y múltiples perspectivas, intereses y posibilidades de acción. En segundo término, el fortalecimiento, madurez y presencia pública alcanzados por los organismos no gubernamentales, en particular por los grupos de mujeres, así como la apertura de una voluntad política en los gubernamentales, que permiten avanzar en la interlocución y cooperación mutuas. En tercer lugar, el apoyo recibido por parte de organismos internacionales comprometidos con el mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres que ven en la colaboración entre los organismos gubernamentales y los emanados de la sociedad civil, un requisito imprescindible para la resolución de los problemas. El Comité constituye así un modesto, pero fructífero y dinámico espacio de intercambio y realizaciones.

Para el desarrollo de sus actividades el Comité se ha visto favorecido con la confianza y apoyo financiero de varias fuentes de financiamiento. Entre ellas, el Banco Mundial, la Fundación John and Catherine MacArthur, la Overseas Development Administration (ODA); además del proporcionado por sus miembros, como es el caso de la Fundación Ford, Family Care International, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y las invaluable y permanentes aportaciones de personal técnico y recursos materiales de todos los organismos que lo componen, y de otros aliados, tanto en los ámbitos nacional como de los estados.

En 1998 la iniciativa y el CPMSR cumplieron cinco años de trabajo ininterrumpido. La conmemoración de este aniversario fue aprovechada para consolidar, extender y reafirmar el compromiso de todos(as), para seguir pugnando por una Maternidad Sin Riesgos en nuestro país. Entre las actividades planeadas a futuro se encuentran: la Segunda Conferencia Nacional MSR, el Primer Concurso Nacional sobre Acciones

Exitosas para una Maternidad Sin Riesgos, un Festival para Mujeres Embarazadas, y el diseño y distribución de nuevos materiales informativos para la población. Todo ello, en complemento de las acciones programadas para continuar cumpliendo con sus funciones básicas de sensibilización, difusión, capacitación, realización de proyectos innovadores piloto y asesoría, orientando esfuerzos particulares hacia aquellos municipios donde la situación de la morbilidad materna es más acuciante. Y siempre manteniendo como estrategia fundamental el fomento del diálogo y la colaboración entre organismos gubernamentales y grupos representantes de la sociedad civil.

# ALGUNOS DESENCUENTROS AL NORMAR SERVICIOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA: UN APUNTE DESDE LA EXPERIENCIA DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

JUAN GUILLERMO FIGUEROA PEREA<sup>1</sup>

La salud reproductiva pretende ser una nueva forma de pensar las relaciones entre reproducción y salud, sin restringirlas al ámbito de la regulación de la fecundidad, sino tratando de promover y asegurar una reproducción libre y placentera, lo cual supone una sexualidad vivida en tales condiciones, ajena a los riesgos de embarazos no deseados o de enfermedades de transmisión sexual, a través de la incorporación de una visión de la salud en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y social. Ello es factible de imaginarse en una lógica de relaciones equitativas entre los sexos, es decir, entre los personajes que participan en la reproducción, biológicamente hablando; pero también entre los grupos y actores sociales, que son quienes le dan sentido a la reproducción social. Para acceder a ello es indispensable hacer explícitas las situaciones contradictorias en el ámbito de la reproducción, entre las que destacan responsabilidades distintas, derivadas de desigualdades en las opciones vitales de los seres humanos, según sean varones o mujeres (Figueroa y Liendro, 1994).

## EL SENTIDO DE LA INTERACCIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y LAS ONG

El objetivo de este documento es reflexionar sobre algunas de las posibilidades de interacción que parecen presentarse en el ámbito de la salud reproductiva entre algunas organizaciones no gubernamentales (ONG)<sup>2</sup> e instituciones gubernamentales (IG). El surgimiento del concepto de salud reproductiva se presenta como una nueva oportunidad de repen-

<sup>1</sup> Investigador del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

<sup>2</sup> Debemos aclarar que no estamos considerando todas las ONG, sino que hemos optado, para propósitos de este trabajo, por las que se dedican más específicamente a

sar las características que conforman el entorno de la relación entre reproducción y salud, así como la revisión de los procesos normativos asociados con ambas. En más de un sentido puede afirmarse que la necesidad de este concepto —al igual que el de derechos reproductivos— se derivó de prácticas sociales contradictorias asociadas a la reproducción y a la terminología que orienta las acciones gubernamentales para relacionarse con ella (Tuirán, 1988; De Barbieri, 1993; Figueroa, 1995), de ahí la pertinencia de una reflexión crítica sobre el tema.

Dentro de las posibles rutas que se presentan para desarrollar este tema optamos por el análisis de un proceso normativo particular, referido al entorno de la regulación de la fecundidad en el sector institucional, dado que es un ámbito cuestionado seriamente desde los derechos reproductivos, que ha constituido uno de los principales puntos de negociación y distanciamiento político, teórico y práctico entre las ONG y las IG.

Una de las consecuencias del Tratado de Libre Comercio ha sido la necesidad de revisar y actualizar las normas oficiales que rigen la prestación de servicios. Dentro de este proceso, entre 1993 y 1994 se actualizó la Norma Técnica de Planificación Familiar en la Atención Primaria a la Salud (aparecida en el *Diario Oficial* el 7 de julio de 1986), la cual es de "observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país" (*Diario Oficial*, 1986, p. 73). La nueva Norma Oficial Mexicana (NOM) de los Servicios de Planificación Familiar (*Diario Oficial* 1993, 1994a y 1994b) tuvo como una de sus características relevantes el reconocimiento de que "la planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva" (*Diario Oficial*, 1994b, p. 28). Por ley, a la Secretaría de Salud le corresponde la responsabilidad de llevar a cabo el proceso de definición de la NOM (Figueroa, 1993), en tanto que se le reconoce como máxima autoridad en la materia, a la vez que responsable de supervisar y evaluar los servicios de salud, sean o no parte de los programas institucionales. En este sentido resulta relevante analizar cómo se dio la interacción entre las ONG y las IG al definir el "deber ser" que "uniforma los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de servicios de planificación en México" (*Diario Oficial*, 1994b, p. 27).

Para analizar esta interacción revisaremos: a) cómo participaron las ONG en la definición de la NOM; b) cómo reaccionaron al contenido de la

---

elementos de salud y derechos reproductivos, que asumen una propuesta de acción desde el feminismo y que tienen un reconocimiento importante en este ámbito. Es obvio que ello limita el alcance de algunas de las reflexiones, si bien permite iniciar un primer ejercicio en la vertiente que explora este trabajo.

NOM; *c*) qué elementos cuestionaron sobre el contenido de la NOM, y *d*) cómo se proponen hacerse presentes en los procesos de normatividad de las instancias gubernamentales en el ámbito de la salud y la reproducción.<sup>3</sup> A ello se añade el análisis del trabajo de dos ONG: el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), cuyas actividades se centran en los derechos reproductivos y cuyo trabajo recurre de manera central al argumento de salud pública y justicia social, enfocándose a sensibilizar a funcionarios públicos y líderes de opinión sobre elementos vinculados con la reproducción elegida<sup>4</sup> y Salud Integral para la Mujer (Sipam), que ofrece servicios de salud en el país.<sup>5</sup> En particular vamos a destacar los casos de GIRE y de Sipam, dado el énfasis que ponen en los temas de salud y derechos reproductivos y el peso que ambas han ido adquiriendo en el debate actual de las ONG, además de que fueron parte de las ONG que comentaron los contenidos de la NOM a título individual y luego grupal.

Consideramos relevante analizar el papel que las ONG y las IG desempeñan en el quehacer social de la salud en su vinculación con la reproducción, a partir de una toma de posición que demanda en un caso ser reconocidas como diferentes a lo gubernamental —al identificarse con propuestas alternativas a las oficiales y al calificarse como no gubernamental— y en otro, la aplicación y mantenimiento de la postura oficial sobre el tema en cuestión. Ello ha estado acompañado de importantes desencuentros caracterizados entre otros, por los siguientes elementos:

*a*) En el ámbito de la salud se suele afirmar que las ONG parten del contexto de las personas con las cuales interactúan tratando de responder a sus necesidades, pero incorporando de manera activa a las personas en la satisfacción de las mismas, mientras que las IG parecieran privilegiar criterios de productividad institucional y capacidad técnica

<sup>3</sup> Figueroa (1994) hace una sistematización de las propuestas de la Conferencia de Maternidad Sin Riesgos (DEC1), el Foro de ONG y Políticas de Población (DEC2) y el Foro de Mujeres y Políticas de Población (DEC3), celebradas todas ellas en 1993. En ellas se estructuraron propuestas a ser incorporadas en la definición de políticas de población y de salud, en el ofrecimiento de servicios, en la vigilancia y monitoreo social de los mismos, así como en el proceso de asegurar la participación activa de las personas usuarias de servicios de las ONG y las IG en el cuidado de su salud.

<sup>4</sup> Existen diferentes documentos sobre el tema del aborto, sexualidad y derechos reproductivos, preparados por el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), dirigidos a diferentes interlocutores, así como sus informes y programas de actividades, discutidos en el entorno de su Consejo Consultivo.

<sup>5</sup> Las ONG que ofrecen servicios de salud se reunieron a lo largo del primer semestre de 1995 convocadas por Sipam, con el fin de desarrollar un ejercicio colectivo de reflexión. El resultado fue una propuesta sobre elementos a ser incorporados en los servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales, desde una perspectiva de género.

de sus trabajadores, dándole poco espacio de decisión a las personas usuarias de sus servicios. Si bien ambas propuestas no son necesariamente excluyentes, se tienden a interpretar como puntos de partida irreconciliables y ello lleva muchas veces a disminuir posibilidades de interacción.

b) En el origen de las ONG que ofrecen servicios existe el principio de procurar la promoción de alternativas para lo no cubierto por las IG, así como de crear conciencia para que las personas usuarias de dichas instituciones demanden los servicios que les corresponden "por derecho". Por lo que respecta a las IG, tienden a subestimar el quehacer de las ONG, dado el reducido alcance de la población que ellas atienden, considerando que ello hace relativamente sencillo su trabajo o lo vuelve intrascendente.

c) En los discursos sobre el derecho a decidir acerca del número de hijos que se quiere tener y cuándo tenerlos—algo que forma parte de los derechos reproductivos—, se tiende a dar un distanciamiento más, ya que mientras las ONG y los grupos de mujeres han privilegiado la noción de libertad en la reproducción, los directores de las IG, como definidoras de políticas e instrumentadoras de programas, han recurrido en mayor medida a la noción de responsabilidad y a tratar de acotar el número de hijos deseable para la población (Freedman e Isaacs, 1993).

d) Como consecuencia de lo anterior, los servicios que ofrecen las IG parecen centrarse más en la promoción de cierto tipo de conductas reproductivas y anticonceptivas "saludables" (Figueroa, 1994), mientras que las ONG argumentan que su propuesta contempla interactuar con la población para conocer la realidad y las actitudes de las personas en el ámbito de su proceso reproductivo, con el fin de participar con ellas en la construcción de un entorno reproductivo y sexual acorde con su contexto y sus necesidades.

Lo que subyace a estas aproximaciones, al parecer, son dos propuestas educativas distintas: una busca guiar a las personas suponiendo que se sabe lo que ellas requieren y además que se conocen las formas de alcanzarlo, mientras que la otra parte del supuesto de que en la interacción se van identificando necesidades así como las estrategias para su satisfacción. La pregunta obligada es ¿cómo evitar caer en el autoritarismo en la primera y en la demagogia y populismo en la segunda? Vale la pena tratar de analizarlo, a la vez que identificar si son tan evidentes las

---

Esta propuesta recupera la experiencia de las ONG como proveedoras de servicios, y por ende, como autoridades en el tema. Véase DEC4 (1995).

diferencias: el presente artículo desarrolla un primer ejercicio de reflexión al respecto.

Es importante aclarar que este texto no pretende revisar exhaustivamente los aportes y las limitantes de las instituciones gubernamentales o de las organizaciones no gubernamentales al participar en los procesos de normatividad de los servicios de salud vinculados con la salud reproductiva. Consideramos que la infraestructura, el tipo de población que atienden, los recursos de que disponen y su posibilidad de interactuar con las políticas públicas de manera específica, definen puntos de partida abismalmente diferentes. A ello se añade una conformación disciplinaria de sus integrantes con importantes diferencias, dentro de las cuales destaca el especial énfasis que se le da al personal biomédico dentro de las IG, mientras que en las ONG se recupera la presencia de diferentes disciplinas sociales, e incluso, de personal no especializado en términos universitarios, pero sí con experiencia en los espacios de los servicios de salud y en el contacto con la población a quien están orientados.

Sería muy complejo tratar de identificar todos los factores que las distinguen, por lo que acotaré la presente reflexión a tratar de sistematizar algunos de los supuestos que subyacen al proceso de normar para todo tipo de proveedor de servicios de salud desde las IG. Por otra parte, entre las múltiples interacciones interdisciplinarias, se escogió el binomio de las ciencias sociales y las biomédicas, ya que en las ONG ambas ocupan papeles relevantes al definir la estructura del ofrecimiento de servicios y de interacción con la población, mientras que en las instituciones de gobierno pareciera existir una práctica de hegemonía biomédica, en detrimento de la posible participación de las ciencias sociales.

Otro elemento que se debe considerar es que regularmente los procesos de normatividad gubernamental son narrados, reconstruidos y justificados desde el discurso de los propios actores gubernamentales, dejando en un lugar marginal la interpretación de las personas que se viven excluidas del proceso, como las ONG y las ciencias sociales. Por esta razón este texto pretende recuperar la voz de otros actores y actoras, documentar su interpretación del proceso y tener muy claro que no pueden verse como la versión correcta del mismo, sino como otra pieza de información más que vale la pena discutir, comentar y debatir reconociendo sus limitantes y sus posibles sesgos, pero también sus aportes para una visión integral de los procesos que son objeto de estudio en ese trabajo.

El autor de este texto está formado en las ciencias sociales, trabajó durante muchos años en la interacción con la práctica biomédica en espacios gubernamentales y simultáneamente ha asesorado diferentes organizaciones no gubernamentales; por ello el texto puede interpretarse como un recuento de su experiencia laboral, pero con el supuesto

de haberla construido desde una posición en donde las ciencias sociales son minoría en las instituciones gubernamentales y donde las ONG tienen que validar su posición ante la lectura oficial de dichas instancias de gobierno.

#### ELEMENTOS PARA UN MARCO DE REFERENCIA

Un elemento que debe hacerse más explícito es el referente a lo que implican las formas de vinculación entre ONG y las políticas de salud reproductiva, definidas centralmente en el sector de las IG. Cualquiera que sea la alternativa y considerando la diversidad de estrategias y esfuerzos que cada una de estas opciones implica, somos de la idea de que un consenso mínimo consistiría en explicar los supuestos de la interacción en términos del manejo de relaciones de poder, derivados muchas veces de expectativas heterogéneas por ambas partes. A ello se añaden elementos de credibilidad en su mutuo interactuar y de procesos de negociación, en donde no siempre se alcanzan consensos, sino que parecen responder a concesiones de las instancias gubernamentales, o bien, a la habilidad de las ONG para hacerse presentes en diferentes momentos, dependiendo de las personas que ocupan puestos de decisión en el gobierno, más que de la fuerza o del carácter definitivo de sus argumentos.

La toma de posición de las instituciones gubernamentales se da desde una tradición de decisiones centralizadas y jerárquicas, acostumbrada a establecer lineamientos en un esquema "poco representativo" (no se buscan consensos), en donde se presupone que se sabe lo que la población requiere, y más aún, la forma de ofrecérselo. A ello se incorpora una percepción de que en la definición de políticas y programas debe evitarse cualquier tipo de cuestionamiento al sistema político vigente.

En el caso de la propuesta de las ONG, se les puede caracterizar en parte como una reacción a las carencias e insuficiencias de las IG, así como a su lectura crítica respecto de la "realidad oficial": en algunos casos se consideran incluso como representantes de la sociedad civil y se proponen hacerle saber a ésta de sus derechos ante las instancias gubernamentales, aunque ello implique cuestionar el alcance tanto de las instituciones gubernamentales como del mismo sistema político. De hecho, existen casos en que ése es el punto de partida de algunas organizaciones. En dicha propuesta está presente un componente de militancia política, de afinidad con movimientos feministas y de querer mostrar "en pequeño" que la realidad puede ser de otra manera, por medio de ejercicios de democratización de las relaciones sociales, institucionales y en la relación con los trabajadores de la salud (Cervantes, 1993).

A ello se añade además que las ONG parten de un paradigma distinto para interpretar el proceso salud-enfermedad: la medicina institucionalizada ha sido calificada como parte de un modelo médico hegemónico que le expropia su conocimiento a las personas y luego pretende normar sus comportamientos (Illich, 1987; Menéndez, 1992; Bianco, 1991, entre otros),<sup>6</sup> mientras que en las ONG se habla de recuperar medicinas alternativas y domésticas, combinadas con la alopatía, además de darle credibilidad al conocimiento e interpretación que cada persona tiene de la realidad que está viviendo (Zolla y Carrillo, 1998; Menéndez, 1992; Matamala, 1994). Una interrogante adicional es sobre si se trata de posiciones tan dispares, antagónicas e irreconciliables como para que no puedan convivir (Silva, 1998), si es tan transparente el actuar a partir de dichas propuestas y, más aún, si no se corre el riesgo de caer en una visión maniquea de la realidad al confrontarlas como grandes entidades, al margen de conocer experiencias y personajes concretos dentro de cada una de ellas. La intención de este trabajo es, precisamente, intentar un pequeño ejercicio a partir de experiencias de una y otra partes para influir sobre los procesos que definen un "deber ser" en el ámbito de la salud y los servicios que participan en su cuidado o monitoreo.

Tomando las dos partes (ONG e IG) como puntos de referencia, es obligado discutir cuáles son los supuestos de la normatividad, hasta dónde se norma, qué criterios se siguen para ello, en qué contexto se hace y hasta qué punto la población destinataria y beneficiaria de las acciones de tal normatividad está informada sobre dichos procedimientos y sobre la posibilidad de reaccionar al respecto. Antes de pasar a revisar lo que hemos dado en llamar la normatividad desde las IG y la normatividad desde las ONG, procedamos a ordenar algunas ideas sobre estas inquietudes.<sup>7</sup>

### LA DEFINICIÓN DE NORMAS EN MÉXICO

Cuando una sociedad por medio de una de sus instituciones autoriza a un grupo de personas especializadas a utilizar sus conocimientos y habilidades para afectar el funcionamiento de la salud psicológica o el estatus social de sus miembros, esa sociedad suele asegurarse igualmente de que se establezcan salvaguardas que prevengan el abuso de este privilegio. Con frecuencia son los propios especialistas los que imponen los límites

<sup>6</sup> Véase la transcripción de la presentación hecha por Carolina Martínez durante el Foro de Calidad de la Atención (DEC4, 1995).

<sup>7</sup> En el siguiente apartado se sintetizan algunas ideas propuestas en Figueroa y Silva (1994).

definiendo un código ético. Al mismo tiempo la sociedad instituye decretos legales y judiciales (Bijou, 1976). En este sentido la Secretaría de Salud es reconocida como la instancia normadora de los servicios de salud y la que además debe vigilar su cumplimiento (Figuroa, 1993).

### *Supuestos en la autoridad institucional para definir normas*

En México existe una Ley General de Salud que define las responsabilidades y los derechos de individuos e instituciones respecto a este ámbito del ser humano. En dicha ley se establece que la Secretaría de Salud debe definir los criterios para el ofrecimiento de los servicios, debe supervisar y establecer mecanismos de evaluación para que éstos se lleven a la práctica de acuerdo con lineamientos que suponen calidad y respeto a las personas, en el proceso de asegurarles el acceso a un estado de salud favorable. Es decir, compete a dicha Secretaría, en tanto es reconocida como autoridad en la materia, definir una norma de los elementos que deban ser asegurados para el ofrecimiento de los servicios. En dicha ley también se confirma el derecho a la salud de toda persona, conforme a lo propuesto en el Artículo 4º constitucional, y se afirma además que la salud es un medio para mejorar la calidad de vida de las personas y, por ende, hay que establecer todos los mecanismos necesarios para acercarse a la misma.

Desde nuestra perspectiva, la responsabilidad de dicha normatividad no puede restringirse al espacio de la medicina, sino que debe ampliarse al ámbito de las ciencias sociales pues éstas tienen importantes elementos que aportar a esta búsqueda. De la misma manera se ubicarían las diferentes instancias, como los organismos no gubernamentales, que al vincularse con la población obtienen cierto tipo de conocimiento que rebasa la visión médica institucional por lo que pueden aportar nuevos elementos a la normatividad en el entorno de la salud y la reproducción. Esto obviamente habría que documentarlo con más rigor, pero en este momento es más fácil aceptarlo si se piensa en los componentes sociales y psicológicos que rebasan la especificidad biológica en la que están más entrenados los especialistas de las instituciones de salud.

Desde la Norma Técnica de 1986 (*Diario Oficial*, 1986) se hablaba de que la planificación familiar podía hacerse equivalente al "derecho de decidir libre, responsable e informadamente sobre cuántos hijos tener y cuándo tenerlos". Y puesto que dicha libertad puede pensarse en términos de *no coacción* social, la visión biomédica es apenas una de las partes que integran la búsqueda del equilibrio entre individuos e instituciones. Por ello la discusión y elaboración de la normatividad debe incorporar las dimensiones educativas, laborales, económicas y del desarrollo social.

La Secretaría de Salud puede aportar importantes elementos para definir ciertos parámetros en la interacción con las personas; pero es indudable que debe enriquecerse, retroalimentarse y poner incluso a debate sus elementos de normatividad, con el fin de ganar y validar esa autoridad moral que la constituye como definidora de normas, así como también para asegurar que está considerándose el contexto de las personas a las cuales están dirigidos los servicios que se pretende normar. Además, debe asegurar (y trabajar para) que existan los recursos y los procedimientos para establecer la normatividad, evaluarla y enriquecerla, pero en especial para ir adaptando a la dinámica de la realidad a la que pretende responder.

### *Responsabilidad ética en la definición del deber ser*

Los enunciados de las normas en el espacio de la salud y la reproducción generalmente atañen a objetos cuya naturaleza no sólo es muy compleja, sino que es holística e irreductible, de tal forma que cuando se intenta concretarla en aspectos observables y mensurables se corre el riesgo de incurrir en excesivas simplificaciones de la realidad: de ahí la complejidad de la labor encargada a la Secretaría de Salud. Por ejemplo, la planificación familiar se vincula con el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, pero ello representa todo un proyecto de vida individual, social o grupal, difícilmente recuperable en una visión reduccionista de la fecundidad o en una que asuma cierta autoridad exclusiva en una disciplina. A ello se añade la complejidad de distinguir el estándar de "lo normal" (Canguilhem, 1982).

Otro aspecto importante cuando tratamos de imaginarnos un procedimiento para definir de manera uniforme los servicios que se dan en el ámbito de la planificación familiar, es el tipo de conocimiento que se toma como referencia para actualizar los criterios en contextos socialmente heterogéneos, tanto en el ámbito de los prestadores de servicios de salud y de las unidades donde se ofrecen (sectores público, privado, social y por supuesto, las ONG), como en el de heterogeneidad de los destinatarios de las mismas, es decir, personas con diferentes prácticas en el cuidado de su salud por ellas mismas, en el seguimiento de las acciones y en los procedimientos para velar por ella. Además, también son heterogéneas en el acceso a los servicios de salud, debido al grupo social de pertenencia y a los tiempos disponibles para acceder a ellos. Estas referencias ayudan a considerar la responsabilidad ética tan compleja de quienes definen un "deber ser" en un ámbito que se vincula con dos dinamismos fundamentales del ser humano, como lo son su reproducción y su salud.

Esta responsabilidad se vuelve más compleja cuando se opta por tratar de definir cierta normatividad para un sector como el de los médicos, las enfermeras y las trabajadoras sociales, quienes tradicionalmente se han encargado del cuidado de la salud, sobre todo cuando se adopta un enfoque de salud reproductiva que cuestiona que tales instancias sean las únicas responsables e, incluso, que sean las principales responsables, dado que este nuevo enfoque da entrada a las dimensiones sociales y psicológicas en el ámbito de la salud y en el de la reproducción.

### *El contenido subyacente a la normatividad en México*

Las normas existentes en nuestro país en el ámbito de los procesos reproductivos, plantean generalmente una lógica racionalista que no atiende a las actitudes, valores, creencias, prejuicios, intuiciones e incluso ambivalencias propias del ser humano. Esto es importante porque al no existir una cultura de reconocimiento de los derechos, parecería que éstos sólo deben respetarse en las personas con posibilidades de ejercerlos adecuadamente ("gente de razón"). Por ejemplo, si la planificación familiar es un derecho a decidir, aun cuando no se menciona que la decisión deba ser racional, ello parece estar implícito en el término. Y tal ejercicio racional requiere de una conciencia de la realidad, conocimientos para la deliberación, sensatez en la elección y ausencia de coacciones, cualidades que la autoridad pudiera no reconocer en determinados grupos subalternos, reservándose la capacidad de decidir por ellos.

Además, las normas enfrentan a los individuos con la ley en forma aislada, de manera tal que generalmente no propician la solidaridad o agrupación en situaciones problemáticas. Por ejemplo, resulta contradictorio que siendo la planificación familiar un derecho de todo individuo, acabe siendo un privilegio, dado que la sociedad se caracteriza por inequidades sociales y genéricas que dificultan el acceso universal a los derechos.

El análisis de los contenidos de las normas permite advertir que los términos en que se plantean no reflejan la realidad, sino que la trascienden en beneficio de un "deber ser" en abstracto. Con ello la autoridad queda a buen recaudo de los reclamos por las condiciones existentes. Al no existir las condiciones que posibilitan el cumplimiento del ordenamiento, lo condenan a ser letra muerta. Por ejemplo, se afirma que "el hombre y la mujer son iguales ante la ley, la cual además protegerá a la familia"; pero ¿cómo pueden las mujeres reclamar sus derechos si carecen de acceso a la educación formal, si se les discrimina en sus demandas y si se les prejuzga en sus ideas?, ¿cómo se pueden proteger sus familias con trabajos mal remunerados, con inseguridad social y con falta de vivienda y servicios?

En la NOM se considera como responsable de la salud a la Secretaría de Estado que tiene a su cargo los servicios médicos. Sin embargo, la salud es el resultado del esfuerzo concertado de la sociedad y no puede asignarse en particular a los servicios de atención médica, ya que éstos están preparados para atender la enfermedad y prevenir la muerte, pero les resulta difícil, si no es que imposible, garantizar la salud en su sentido integral. Ésta depende del desempeño conjunto del resto de Secretarías de Estado, sobre las cuales la Secretaría Salud no tiene autoridad y en muchas ocasiones ni siquiera posibilidades de concertación. La normatividad en el ámbito de la salud, por ende, se enfrenta a serios cuestionamientos desde su propia definición y concepción; al parecer se norma en lo superficial ya que no se puede transformar lo fundamental.

La siguiente interrogante por responder es, ¿hasta dónde el Estado con su normatividad contribuye a ocultar o disimular la realidad mediante la creación de falsas conciencias de la misma? ¿En qué medida normar o legislar se hace más con el fin de lograr credibilidad y legitimidad que de garantizar un derecho? ¿En qué medida el ordenamiento jurídico falta a la ética cuando no garantiza las acciones necesarias para su cumplimiento?

Una interrogante más se centra en el papel de las instituciones de salud —o mejor dicho médicas—, a las cuales se les ha responsabilizado de cuidar de la salud de la población. Es importante reconocer que tienen una concepción negativa de la salud, evidenciada por el uso exagerado de indicadores negativos de morbilidad y mortalidad, y dejan a un lado gran número de condiciones vitales cuya consideración exigiría acciones que posibiliten relaciones sociales más igualitarias. Por otra parte, su marcado biologicismo separa la salud de lo social, lo económico y lo cultural, con lo que se hacen imperceptibles las implicaciones de estos últimos aspectos. Durante su formación los profesionales de la salud se capacitan en centros de alta tecnología, como los hospitales de tercera categoría, de tal forma que se fomenta el criterio clínico curativo sobre el preventivo epidemiológico. Por otra parte la situación “controlada” de los hospitales refuerza el carácter prescriptivo-proscriptivo de la medicina, ya que los prestadores de servicios ejercen la autoridad y la población tiende a aceptarla en forma pasiva.<sup>8</sup>

En las instituciones esta situación rebaja la calidad humana de la población cosificándola y, al burocratizar al trabajador, lo enajena, generándose una relación médico-usuaria en la que el primero es agente activo mientras se espera que la segunda sea pasiva y no tome decisiones, como si fuera materia prima. Por medio de este proceso pierde

<sup>8</sup> Lerner (1990) analiza la existencia de mecanismos institucionales que mantienen y reproducen dichas relaciones.

sus derechos (Figueroa, 1994). En este sentido la rigidez de una norma se añade a la estructura poco flexible en que se generan las relaciones en el ámbito institucionalizado de la salud y la reproducción. En este contexto, el ejercicio del derecho —que supone cierto grado de información y conciencia—, puede presentar complicaciones si la normatividad no toma en cuenta las múltiples dimensiones que entran en juego en las relaciones humanas.

Una normatividad que pretenda uniformar el ofrecimiento de los servicios vinculados con la salud y la reproducción, no puede quedarse en el ámbito de lo técnico y del espacio institucionalizado de la medicina. Por ello, mientras las IG suelen privilegiar el cumplimiento de los cánones científicos biomédicos en el ámbito de la planificación familiar —aunque utilicen en el discurso el enfoque de salud reproductiva—, las ONG y los científicos sociales pretenden socializar los procesos reproductivos demandando comités de vigilancia ciudadana de los servicios de salud, normatividad con sensibilidad a las inequidades genéricas, consentimiento informado que asegure que el usuario comprenda cabalmente los riesgos del tratamiento que está aceptando, comités éticos multidisciplinarios, educación participativa, reflexión sobre los conceptos que orientan las acciones gubernamentales, respeto a la heterogeneidad cultural de la población, consideración de las inequidades sociales e incluso, respeto a los derechos de los proveedores de servicios de salud. Nos preguntamos qué opciones existirán para establecer procesos de interacción entre las IG y las ONG cuando sus acercamientos a la salud son tan dispares.

#### LA NORMA OFICIAL MEXICANA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN CASO DE NORMATIVIDAD DESDE LA DIMENSIÓN GUBERNAMENTAL

Este apartado comenta quiénes fueron los autores de la NOM, quiénes la avalaron, cuál fue la participación disciplinaria en tal proceso (tanto dentro como fuera de la dependencia gubernamental responsable de llevarla a la práctica) y cómo intervinieron las ONG y las IG en el mismo. Analizaré las principales temáticas que le dan cuerpo al contenido de la NOM, quiénes fueron los comentaristas de la NOM y cuál es su filiación. Al mismo tiempo trataré de mostrar algunos de los supuestos subyacentes a los comentarios. Finalmente discutiré cuáles fueron las reacciones de los responsables de la NOM ante dichos comentarios, así como el procedimiento que siguieron para darles respuesta.

*Autores y contenido de la NOM*

Un elemento inicial que debe ser considerado es que de acuerdo con ciertos criterios de normatividad en México, dicha norma debe ser elaborada y dada a conocer a la sociedad por medio del *Diario Oficial de la Federación*, después de lo cual se cuenta con 90 días para que los sectores interesados manifiesten su reacción a la misma mediante comentarios y sugerencias. Posteriormente la Secretaría responsable debe hacer las modificaciones pertinentes, para finalmente dar a conocer su versión definitiva. En ese sentido vale la pena destacar que en la sociedad en general no es una práctica común la consulta del *Diario Oficial* a menos de que exista cierto interés por una serie de trámites o de disposiciones legales, por lo que muchas veces se recurre a otros medios masivos de comunicación (en particular periódicos) para informar a la población que en el *Diario Oficial* aparecen documentos, respuestas o comunicados que se considera importante que se conozcan. Ello incluye a personas que ofrecen servicios de salud en todos los sectores y que se supone deben seguir dicha normatividad de manera obligatoria. Por lo que el mecanismo para dar a conocer que la norma o que el proyecto de norma está a disposición de la sociedad, es un componente muy importante.

Como es de esperar de acuerdo con el funcionamiento de las IG expuesto anteriormente, los autores de la NOM son personas formadas en el ámbito de la medicina, y si bien las instituciones que la avalan cuentan en algunos casos con científicos sociales, éstos no fueron incorporados a la discusión de la normatividad y mucho menos lo fueron instituciones dedicadas específicamente al desarrollo de las ciencias sociales, aun cuando en algunos casos se han especializado en el estudio de la salud como un proceso social, como es el caso de quienes trabajan en el campo de la antropología y la sociología médicas, así como de los investigadores dedicados al estudio de las políticas de salud y a la medicina social. Tampoco fueron incorporadas personas que representan a otro tipo de instancias que ofrecen servicios de salud llamados alternativos, como las ONG.

En la introducción a la NOM se afirma que "el presente documento contiene la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva" (*Diario Oficial*, 1994b); sin embargo, no se incluyeron instituciones dedicadas al estudio social de la salud ni las ONG que ofrecen servicios alternativos de salud reproductiva. El Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG-UNAM) y Sipam reaccionaron ante la NOM señalando que "para (su) elaboración hay una ausencia de organismos

políticos, instituciones académicas y de organizaciones feministas y de la sociedad civil y no han sido convocados los centros académicos de educación superior del país. Hay ausencia de mujeres en la elaboración de la NOM, desde una perspectiva de género”.

Por mi parte tuve la oportunidad de preguntar al coordinador de la NOM la razón de la exclusión de las ciencias sociales. El tipo de respuestas que obtuve fue en torno al hecho de que la planificación familiar (al margen de conceptualizarla desde un enfoque de salud reproductiva) seguía siendo “un problema eminentemente médico” y que los científicos sociales, con su serie de complejos marcos teóricos y esquemas analíticos, así como cuestionamientos permanentes al entorno institucional de la salud y la reproducción, poco podían contribuir a definir estándares para relacionarse con la población en este ámbito. El caso de la ONG fue descartado en buena medida por su antecedente feminista y porque sus cuestionamientos estaban provocando una tensión en la relación médico-usuaria de sus servicios; se temía que cualquier acción del primero pudiera llegar a ser calificada como objeto de demanda por las segundas, ya que se considera que “dichas organizaciones hacen propuestas que rayan en el populismo”, ignorando su conocimiento de la población. Por ello tampoco fueron incorporadas formalmente a la definición de la NOM. A la larga se quedó en el rango de un subcomité de expertos biomédicos, que difícilmente puede decirse que representaran a las instituciones que aparecen listadas en la norma, ya que tampoco hubo un proceso de consulta en el interior de las mismas.

Los contenidos de esta norma versan sobre la metodología anticonceptiva que debe ser ofrecida, pero también hacen referencia a los pasos que deben incluir las consultas en el ámbito de la planificación familiar: se habla de consejería, de información y de promoción, se usan ciertos términos vinculados con el estudio de la sexualidad como son los derechos y las dimensiones sociales y psicológicas de dicha sexualidad,<sup>9</sup> entre otros. Se dedica la mayor parte del texto al entorno del ofrecimiento de los métodos anticonceptivos, especificando conductas que se deben

<sup>9</sup> Es importante destacar que en el texto de la NOM se recupera la dimensión social, biológica y psicológica de la sexualidad, como parte obligada de la promoción y difusión de los servicios de planificación familiar, pero nunca se explica su contenido ni se cuestiona si los trabajadores de las instituciones de salud estarán capacitados para ello: se norma al parecer para cubrir un requisito de visión integral, aunque se deja en la indefinición su contenido en un contexto en donde no se discute abiertamente sobre el tema, debido a la gran cantidad de prejuicios que lo rodean. Queda a la libre interpretación de profesionales que no están entrenados en ello, e irónicamente, se margina a quienes podrían aportar algo al respecto, como los científicos sociales y las ONG.

seguir en caso de efectos colaterales, revisiones y exploraciones que deben anteceder a su ofrecimiento y se detallan algunos lineamientos adecuados en caso de presentarse complicaciones en el uso. Se afirma que estos servicios contribuirán a que las personas puedan decidir el método de su preferencia, de acuerdo con sus necesidades.<sup>10</sup>

A pesar de que esta norma constituye un avance respecto a la anterior y de que no se pretende cuestionar en lo absoluto la validez última del documento, hay algunas contradicciones que listamos a continuación, ya que es importante comparar la normatividad propuesta desde una lógica biomédica institucionalizada con las reacciones que algunos científicos sociales y personas participantes en las ONG tuvieron a esta propuesta. Dentro de los puntos por discutir se encuentran:

a) El sesgo hacia el uso de los "métodos modernos", calificados así por las propias instituciones y el poco apoyo que se sugiere dar a "métodos locales o naturales", aun cuando sean demandados de manera importante por la propia población (Figueroa y Aparicio, 1991). Ello se observa, entre otros puntos, en el hecho de que la NOM minimiza o niega los posibles efectos colaterales de índole psicológica o de relación de pareja para los métodos permanentes, mientras que en el caso de otros métodos, como los naturales, que tienden a ser descalificados por los programas gubernamentales, se explican y detallan todas sus posibles desventajas. El material presentado parece descartar implícitamente el uso de "los métodos no modernos" y presenta los locales y los naturales como "males necesarios" mientras se convence a los usuarios de cambiar a un método moderno. Esto es muy claro, por ejemplo, en la sección titulada "Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales".<sup>11</sup>

<sup>10</sup> En la definición de términos se establece que "*consentimiento informado* es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones y que la consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y el consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial". A ello se añade que "el consejero debe reconocer signos de cualesquier *problema emocional u orgánico* de importancia en el solicitante y hacer la referencia en caso necesario". A pesar de la riqueza de las propuestas se ignora la experiencia de imposiciones en el contexto mexicano (véase la declaración sobre Maternidad Sin Riesgos DECI, 1993) y se evita definir procedimientos para asegurar que dicha normatividad puede ser puesta en práctica, algo que demandan insistentemente las ONG y que sin embargo no encontró respuesta por parte de los autores de la NOM.

<sup>11</sup> Cuando la NOM detalla la "conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales" (que son una de las principales causas de abandono del uso de los métodos), para los métodos modernos sugiere reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método. Incluso al hablar de los efectos colaterales del DIU, destaca

b) A esto se añade la información desbalanceada (y con sesgo biologicista) sobre los posibles efectos colaterales de los diversos métodos anticonceptivos. A manera de ejemplo, a pesar de que la esterilización femenina es el método más utilizado por la población mexicana, de que las mujeres se operan a edades cada vez más tempranas y por ende pasan más tiempo de su vida reproductiva sin poder procrear hijos, se elimina cualquier referencia al respecto, ignorando así los problemas que esta práctica anticonceptiva pueda generar cuando ocurren cambios de pareja, la muerte de algún hijo o por cambio de opinión de las mujeres respecto a sus preferencias reproductivas, puntos frecuentemente discutidos por las ONG.

c) El componente de seguimiento se reduce a la persona usuaria de los servicios de salud, más que a la valoración del efecto que tiene la acción de salud o anticonceptiva. Esto parece reflejar más un interés burocrático de productividad de actividades que un interés por la salud de las personas. No queda claro cuál es el sentido del seguimiento: ¿cuidado de la institución hacia la persona o cuidado por parte de ella misma? En este punto surge otro importante distanciamiento entre las ONG y las IG.<sup>12</sup>

d) Considera obvio que existen los medios para que los trabajadores y proveedores de servicios de salud sigan la norma, al margen de reconocer una serie de limitantes en nuestro contexto nacional, algo que siempre han enfatizado las ONG. Se norma con lujo de detalle, pero no se mencionan los recursos con que deberían contar los prestadores de

---

que "es bien tolerado por la mayoría de las usuarias" a pesar de que los datos existentes muestran que las mujeres perciben el DIU y los hormonales como los métodos con mayores efectos colaterales. Como contraparte, los locales y tradicionales se perciben como más inocuos (Figueroa y Aparicio, 1991). A diferencia de ello, cuando se habla de métodos locales o naturales se afirma que son recomendados para mujeres "que deseen un método temporal de efectividad media" (¿puede alguien querer un método de efectividad media?) y que en caso de presentarse efectos colaterales debe reforzarse la consejería y cambiar de método: no se especifica por qué la necesidad de cambiar, ni dónde interviene la opinión de la persona.

<sup>12</sup> Se menciona que "siempre que sea posible, en la visita anual de revisión, se tomará muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou)", pero nunca se especifica qué sucede cuando ello no es posible: ¿se le dirá a la mujer que lo haga? La expresión de "siempre que sea posible" es ética y jurídicamente inaceptable y puede relajar la búsqueda y el compromiso de las instancias correspondientes para asegurar que realmente "sea posible". Además, se deja desprotegida a la población usuaria y lo que es más grave, se pone en riesgo el ejercicio de su derecho a la salud: algo muy distinto sería (como lo demandan las ONG) que en el caso de no contar con la infraestructura para ello, se le indique a la mujer cuál es la situación y a qué otra institución puede recurrir.

servicios de salud como parte de la estructura institucional y la dificultad para ejercer sus derechos y su práctica profesional en este contexto.

e) Se propone una normatividad que no toma en cuenta los contextos y que parece privilegiar más el actuar técnico de los trabajadores y proveedores de servicios de salud que la búsqueda de una participación activa por parte de las personas beneficiarias de sus servicios, punto central del trabajo de las ONG. Por esta razón la norma hace depender las revisiones clínicas que se reconocen como obligadas para el ofrecimiento de los métodos, de las posibilidades de capacitación de los proveedores y no de la urgencia de informar a las usuarias que dichas revisiones son necesarias. Es decir, parece más una norma para proteger a las instituciones de salud y a sus proveedores de servicios, que un instrumento centrado en tratar de asegurar la salud de las personas.<sup>13</sup>

Un análisis más detallado de la NOM debiera contemplar cuáles son los supuestos que están detrás de la definición de estándares para el ofrecimiento de los métodos y para la definición de la norma, y cuáles los que están en las críticas a la misma, elaborados básicamente por científicos sociales y por personas que participan en las ONG.

#### *Comentaristas de la NOM y respuestas encontradas*

Debe señalarse que no hubo un proceso sistemático de difusión de la primera versión de la norma, llamada "el proyecto de norma". Publicada en el *Diario Oficial* en noviembre de 1993, fue mínima la búsqueda formal de sus responsables para que pudiera ser comentada por las personas interesadas o que podían aportar algo al respecto. Algunas ONG e instancias académicas pudieron enterarse de la existencia de esta norma por medio del Comité Asesor del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, del cual formaba parte una persona de la Dirección General de Planificación Familiar quien compartió la experiencia que se estaba llevando a cabo en dicha instancia gubernamental. De no haber existido esta vinculación, seguramente se hubiera reducido al mínimo la posibilidad de que las ONG y las instancias académicas comentaran la NOM que guía los Servicios de Planificación Familiar.

<sup>13</sup> ¿No haría falta fomentar el cuidado de la persona respecto a su propia salud —como lo proponen las ONG— y que pueda buscar con otros proveedores de servicios de salud, el tipo de revisiones que la falta de capacitación o recursos le impide encontrar en un lugar determinado?

Los comentarios a la NOM surgieron inicialmente del grupo Provida, quien descalificó totalmente la NOM a pesar de haber sido invitado por la DGPF como coautor de la misma con el fin de evitar sus críticas. El resto de los comentaristas incluyó algunas ONG a título individual (mediante Sipam y GIRE) y grupalmente, como parte de una convocatoria del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México (PSRS).<sup>14</sup> También participaron personas de instituciones académicas, como algunas investigadoras del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) y otras más convocadas por el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM, además de personas de las ONG y de la academia, coordinadas por la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos. A ellas se deben añadir una instancia gubernamental como es la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva (JSSR) del Instituto Mexicano del Seguro Social y dos personas quienes, a título personal y de manera conjunta, presentaron algunos comentarios específicos.<sup>15</sup> Queremos insistir en que el trabajo del PUEG, Sipam, GIRE y el PSRS, así como posiblemente de las investigadoras del INNSZ, difícilmente se hubiera podido llevar a la práctica de no ser por su vinculación con el PSRS, ya que no fueron invitados explícitamente por los coordinadores de la NOM a participar en esta revisión crítica.<sup>16</sup>

Sipam y GIRE más otro conjunto de ONG, hicieron una revisión crítica de los materiales y presentaron sus propuestas al organismo correspondiente, al cual solicitaron la posibilidad de estar presentes cuando se discutieran con el fin de aclarar, elaborar conjuntamente y afinar la versión final de la NOM. Sin embargo, esto no se consideró como un procedimiento conveniente por las instancias normadoras y el documento se pasó a un comité de expertos, compuesto exclusivamente por biomédicos, para que decidieran al respecto. En el mes de mayo de 1994 se publicaron en el *Diario Oficial* (1994a) las respuestas a los diferentes

<sup>14</sup> Si bien el nombre del PSRS es el que se cita en la publicación del *Diario Oficial* (1994a) en el momento de dar respuesta a los comentarios, debemos señalar que las ONG convocadas por el PSRS fueron: Asociación Mexicana de Educación Sexual, Acción Popular de Integración Social, Centro de Información para la Mujer, Colectivo de Lucha contra la Violencia a las Mujeres, Equipo de Mujeres en Acción Solidaria, Grupo de Información en Reproducción Elegida, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, Mujeres en Acción Sindical, Programa de Mujeres, Servicio, Desarrollo y Paz, Área de Salud de la Regional de Mujeres, Salud Integral para la Mujer, Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina y Grupo Interdisciplinario de Sexología. Excepto las dos últimas, todas las demás (incluyendo al PSRS) son parte de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal.

<sup>15</sup> Debe destacarse que durante muchos años perteneció a la Jefatura de Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>16</sup> Estas ONG y académicas generaron más de las tres cuartas partes de los comentarios presentados a los responsables de la NOM.

planteamientos. Dos semanas después, en el mismo *Diario Oficial* (1994b), apareció la versión definitiva de la norma, después de lo cual se invitó a un grupo de ONG a una reunión con las IG. De alguna manera, su presencia se usó para avalar y legitimar un procedimiento poco democrático.

En este punto vale la pena mencionar que fue muy sintomático que las ONG y los académicos propusieran cambiar el nombre de la norma, ya que partían de una interpretación y una práctica muy distintas a las de las instituciones gubernamentales en el uso de los conceptos. En efecto, GIRE, el PUEG, el PSRS, Sipam y las investigadoras del INNSZ cuestionaron el nombre de la NOM y propusieron cambiar en algunos casos planificación familiar por anticoncepción; en otros, por salud reproductiva, y en algunos más, por regulación de la fecundidad. Incluso se sugirió que se explicaran algunos contenidos fundamentales de la salud reproductiva vinculados con la sexualidad, la autodeterminación, la salud en el embarazo y el parto, entre otros. La respuesta por parte de la comisión revisora fue de rechazo, con el argumento de que *“la definición de Salud Reproductiva en esta Norma está circunscrita a los fines de la Planificación Familiar”* y que *“La maternidad segura y el resultado exitoso del embarazo son materia de otras Normas Oficiales Mexicanas”*. Es decir, la salud reproductiva interpretada a la luz de los marcos institucionales del ejercicio de la medicina, no implica que deba ser considerada en el sentido integral del concepto. Es decir, se volvió a fragmentar la realidad usando “salud reproductiva” en forma restringida, precisamente cuando el término pretende superar esta visión limitada.

Algunos comentarios demandaban mayor especificidad en los elementos que definen la interacción entre las personas, las instituciones y los proveedores de servicios de salud, con el fin de asegurar que se proporcione a los individuos la información necesaria para los procesos de consentimiento informado y la toma de decisiones. Sin embargo, las instancias gubernamentales decidieron que estas propuestas no venían al caso porque estaban implícitas en el texto de la NOM y además porque ésta no es un manual para usuarios, a pesar de que no existe material de este tipo. Más aún, manifestaron que no es objetivo de la norma evaluar, vigilar y establecer procedimientos, “ya que ello lo establece la Ley General de Salud”, aunque la Dirección General de Planificación Familiar nunca ha podido vigilar ni tiene definidos procedimientos para evaluar su trabajo de acuerdo con la calidad de la interacción entre proveedores de servicios y personas. Con éstos y otros argumentos, las IG simplemente dejaron a discreción de su comité considerar o no las sugerencias y críticas a la NOM.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Como respuesta a los comentarios que demandaban mayor especificidad en la

Las reacciones a los comentarios de las ONG y de las instituciones académicas se redujeron fundamentalmente a un documento publicado en el *Diario Oficial* con las características señaladas anteriormente. No hubo discusión alguna con las ONG y los científicos sociales y menos búsqueda de consenso. ¿Será porque no se les reconoce autoridad o porque ésta sigue estando centralizada en unos cuantos? ¿No hubiera sido más fructífero hacer una discusión abierta?

En el ámbito de la propia institución definidora de la norma, un área de investigación social intentó, aun cuando no fue convocada, comentar propositivamente la primera versión de esta propuesta de normatividad. Esa crítica hacía referencia, entre sus aspectos más relevantes, a los riesgos de no estar cumpliendo con la responsabilidad ética de normar, a las contradicciones de combinar normas con juicios de valor, a las consecuencias dañinas de relajar en exceso los cuidados necesarios para el ofrecimiento de los métodos y a los riesgos de no pensar en los derechos de las personas, sino privilegiar el cuidado de la imagen institucional. Entre las propuestas de este grupo destacan que:

[...] un método debería ser contraindicado cuando la decisión que lleva a él no es libre, responsable e informada. Como ello no siempre es fácil de delimitar en la aproximación directa entre prestador de servicios y población, se puede tomar como referencia las condicionantes sociales, económicas y culturales que se saben asociadas y se han documentado como tales al estudiar las características de libertad, información y responsabilidad de las decisiones reproductivas.

Otra propuesta era:

[...] tomar como contraindicación el desconocimiento del tipo de cuidados que deben seguirse a partir del inicio del uso, así como el no conocimiento del lugar en donde obtener información para resolver dudas, para pedir apoyo en caso de tener algún problema de salud o para platicar con alguien sobre el uso, en caso de así requerirlo.

---

vigilancia de la NOM se señaló que "esta norma está dirigida a regular los criterios de los prestadores de servicio de las instituciones de salud públicas y privadas y no constituye un instructivo para los usuarios". La pregunta es: ¿dónde sería pertinente hacer ese instructivo? ¿No es artificial y burocrático limitarse a decir que no les corresponde, dejando sin asegurar un elemento necesario y para el cual existe demanda? Se mencionó que "no corresponde a la Norma determinar mecanismos para evaluar la eficacia de los servicios y los grados de satisfacción de los usuarios". Estos mecanismos de evaluación tampoco existen, a pesar de que representan otra de las propuestas centrales de las ONG.

Algunas recomendaciones demandaban “asesoría desde una perspectiva de género y respecto a relaciones de autoridad dentro de los propios espacios de decisión”.

No se trataba de evitar o prohibir el uso, sino de aprovechar el proceso de ofrecimiento de la anticoncepción para replantear las relaciones asociadas a la reproducción en el ámbito de la pareja, al entorno de la prestación de servicios y a la cotidianeidad de las relaciones familiares. Nada de ello se consideró recuperable para la versión definitiva de la NOM ni se puso a discusión, a pesar de su supuesto de salud reproductiva. La respuesta de la DGPF de la SSA fue la descalificación de esta propuesta, ya que su carácter crítico, en la interpretación de los responsables de la NOM, se asemejaba “a lo que pudieran sugerir personas distanciadas de los programas de planificación familiar, más que a lo que investigadores de la Secretaría de Salud debieran opinar al respecto”. La respuesta no consideró, por lo tanto, si el contenido de las observaciones era válido en sí mismo.

#### EXPERIENCIAS DE ESFUERZOS DE LAS ONG POR INFLUIR SOBRE LA NORMATIVIDAD<sup>18</sup>

Las dos experiencias que queremos recuperar en este apartado constituyen esfuerzos para crear una corriente de opinión crítica sobre el ámbito de la salud y la reproducción, tanto en el sector de los definidores de políticas, coordinadores de programas institucionales y proveedores de servicios en las instancias gubernamentales, como en el de las ONG proveedoras de servicios calificados como alternativos. Al mismo tiempo, estos esfuerzos van dirigidos a la recuperación explícita de la experiencia de las personas usuarias de dichos servicios. La primera experiencia que describiremos es la de GIRE, que convoca a políticos, líderes de opinión y proveedores de servicios de salud, con el fin de involucrarlos en la problemática sobre diferentes elementos de los derechos reproductivos. Al mismo tiempo promueve la construcción de nuevas formas de enfrentar el entorno de la reproducción y la salud. La segunda experiencia es la de Sipam, que convoca a las ONG que ofrecen servicios de salud y que quieren construir un modelo de servicios con calidad desde una perspectiva de género.

<sup>18</sup> Vale la pena insistir en que entendemos la normatividad como conjunto de elementos que influyen en la construcción de un deber ser en determinado ámbito del quehacer humano, por lo que las ONG al margen de no ser reconocidas como autoridad formal sobre el tema, pueden aportar propuestas para ello.

*El caso del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)*

GIRE es una asociación civil fundada en 1992 con el interés principal de cubrir la insuficiencia de información sobre salud y derechos reproductivos en México. Considera que debido a esta falta de información el debate acerca de los derechos reproductivos es muy limitado en nuestro país y si bien no pretende dar servicios de salud en el sentido tradicional de la palabra, parte del hecho de que la mayoría de las personas está excluida de la discusión sobre derechos reproductivos, a pesar de que "son quienes deberían tomar decisiones acerca de su reproducción y definir las políticas de salud reproductiva".<sup>19</sup> Por ello, este grupo se propuso como objetivo reivindicar los derechos reproductivos consagrados en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, ofreciendo información acerca de la salud reproductiva, incluyendo el aborto y los distintos aspectos éticos y científicos de los derechos reproductivos, con el fin de que el público mexicano tenga fundamentos que le permitan tomar decisiones al respecto. Es decir, toma como eje la interacción con la población para fomentar en ella un papel protagónico en la construcción de su entorno reproductivo, sin proponer una única respuesta o un solo camino para dicha construcción.

Adicionalmente, GIRE busca motivar a la población para que participe en el debate sobre los derechos reproductivos, así como abrir más canales de información sobre el tema en los medios masivos de comunicación; busca también proporcionar información acerca de la política y las leyes existentes, principalmente en lo relativo al aborto.

La forma en que trabaja GIRE es generando, sistematizando y difundiendo información especializada entre quienes son creadores de información e incluso autores de leyes y programas. Dicha información pretende ofrecer un panorama amplio y diversificado respecto a las visiones tradicionales y conservadoras sobre el ámbito de la salud y la reproducción: se propone fomentar actitudes más tolerantes que enriquezcan la definición de las políticas y programas, que depuren las leyes y que identifiquen estrategias para reducir las injusticias sociales y las inequidades genéricas. Además se trata de involucrar a representantes de diversos medios y a personalidades de la vida nacional en este debate, para lo cual trata de mantener un canal permanente de comunicación y consulta con sectores profesionales, incluyendo médicos, abogados y científicos, de manera que el conocimiento acumulado pueda ser incorporado constantemente al debate sobre el tema.

<sup>19</sup> Véase el Documento de presentación de GIRE.

A esto se añade la realización de encuestas nacionales sobre el aborto como uno de los puntos de referencia obligados dentro de los derechos reproductivos, encuestas cuyo objetivo es conocer la opinión de la población sobre las condiciones en que esta práctica puede ser permitida y si están de acuerdo con la penalización de la misma. De alguna manera pretende "darle voz a la población" con el fin de que sea considerada en la definición de normatividades alrededor de elementos relevantes de la salud reproductiva.<sup>20</sup>

En GIRE se llevan a cabo talleres en donde uno de los aspectos relevantes es la discusión de los dilemas éticos alrededor del aborto. No se trata de proponer una solución única, ni una manera inequívoca de analizar el tema del aborto, sino que se pide a las personas que se involucren en el análisis de los casos y que traten de tomar una postura al respecto, con lo cual se asegura una de las metas de GIRE, que es crear conciencia sobre el tema y fomentar el debate informado. En ese sentido, en los talleres participan activistas de ONG, mujeres líderes, enfermeras y trabajadoras sociales, médicos, líderes y dirigentes políticos, abogados y jóvenes. El objetivo es que estos actores participen activamente en los procesos que orientan, regulan y apoyan las relaciones humanas en el ámbito de la reproducción, que influyan sobre los diferentes ámbitos de la normatividad. Por eso no es extraño que en la discusión de los talleres y en muchos de sus documentos se recurra a supuestos éticos, a elementos de justicia y de bienestar en términos de salud, pero también de respeto a la autonomía de las personas como individuos capaces de decidir cómo vivir sus procesos históricos.<sup>21</sup>

En otro sentido, GIRE realiza trabajos de cabildeo tratando de identificar a personas que estén sensibilizadas para una discusión abierta y tolerante sobre los temas de interés, incluyendo tanto a funcionarios,

<sup>20</sup> Entre sus publicaciones se encuentran: *La LV Legislatura ante la ética el derecho y el aborto, 1993*; su boletín trimestral sobre reproducción elegida (iniciado en el primer semestre de 1994); y *Nuevas miradas al viejo tema del aborto, 1993*, en el cual se incorporan una revisión del debate ético y científico sobre el tema y sobre los fundamentos jurídicos asociados a la valoración social del mismo, una revisión de algunos argumentos para su despenalización en términos de costos sociales, de salud y económicos, y finalmente algunas referencias sobre mitos y desmitificaciones obligadas al abordar el análisis de esta realidad. A ellas se añaden: *Opciones y reflexiones sobre sexualidad, 1993* y *Argumentos razonados a favor de la despenalización del aborto 1993-1994*. En esta última y en algunas otras se incorpora una sección sobre las reformas imprescindibles en los ámbitos legislativos para asegurar la libertad de decisión reproductiva y la democracia, así como la maternidad voluntaria.

<sup>21</sup> Esto es relevante cuando recordamos que la ética puede ser imaginada como la reflexión sistemática, ordenada y crítica alrededor de los procesos de normatividad en el ámbito del quehacer humano.

directores de programas y líderes de opinión, como a miembros de las comisiones de salud de la Cámara de Diputados, quienes llegan a presentar iniciativas para modificar leyes, es decir, criterios de normatividad.<sup>22</sup>

Algo interesante de este proceso impulsado por GIRE es que trata de involucrar a personas de diferentes sectores sociales de una manera directa, reconociendo su capacidad de ser actores en la construcción de normatividades o en el cuestionamiento de aquellas que atentan contra los espacios de decisión individual y contra criterios de justicia social y de salud pública. No se restringe a la discusión con científicos sociales o del área biomédica por separado, sino que intenta que sea un debate multidisciplinario. Otro elemento importante es que sus integrantes están conscientes de que modificar la normatividad es un proceso a mediano y largo plazos; no consideran que las cosas puedan cambiar de manera inmediata ya que, al parecer, reconocen que las normas se van creando a partir de costumbres que aceptamos hasta que nos sentimos con la capacidad para cuestionarlas y reformularlas.

Sus encuestas han mostrado mayor tolerancia en las opiniones de la población respecto al aborto y a la vez un desfase entre las propuestas gubernamentales y el sentir de la población, en términos de las normatividades vigentes. Quizá uno de los grandes problemas a los que se ha enfrentado GIRE, es que la aplicación de normatividades depende de personas que pueden cambiar en el sistema gubernamental, con lo que GIRE debe reiniciar periódicamente su trabajo de cabildeo con nuevos funcionarios a pesar del "terreno ganado" en sus discusiones colectivas. Esto tendría una dimensión muy diferente si hubiera más espacios de debate público y si las decisiones sobre el contenido de las políticas no se tomaran unilateralmente, sino reconociendo el sentir y el saber de la población, cuyo entorno de salud reproductiva está en juego.

### *El caso de Salud Integral para la Mujer (Sipam)*

Sipam es una asociación civil fundada en 1987 con el interés principal de crear conciencia en las usuarias de los servicios gubernamentales respecto a lo que tienen derecho a exigir, ya que en su interpretación original es el Estado a quien le corresponde ofrecer servicios de salud a toda la población. Sin embargo, con el tiempo sus integrantes decidieron empezar a ofrecer servicios, tanto para aumentar su conocimiento de la

<sup>22</sup> Una de sus principales limitantes es que aún no ha alcanzado un debate más abierto y soluciones más consensuadas a los dilemas de salud reproductiva identificados por muchas personas, pero no siempre socializados mediante mecanismos que fomenten la tolerancia.

experiencia de las mujeres, como para poner a prueba formas alternativas de dar servicios e incrementar su capacidad de interlocución con las autoridades gubernamentales.

En 1995 Sipam organizó un Foro Continental para la Atención en Salud desde una Perspectiva de Género, con un grupo de ONG que ofrece servicios de salud en diferentes entidades federativas y con la participación de representantes de Norte y Sudamérica.<sup>23</sup> Lo interesante es que se buscaba "darles voz" a las mujeres usuarias de los servicios de salud, para que ello fuera considerado como parte del ofrecimiento de los servicios, tanto en los ámbitos oficiales como en los no gubernamentales.<sup>24</sup> Este esfuerzo de reflexión colectiva se desarrolló con la participación de investigadores del área social y del área biomédica, además de que las personas invitadas de las ONG provenían de diferentes disciplinas (médicas, psicólogas, antropólogas, abogadas y sociólogas).

El objetivo del Foro consistió en propiciar el intercambio de experiencias entre las ONG y el análisis de la perspectiva de género y su incorporación al concepto de la calidad de la atención de los servicios de salud, para concluir con propuestas para los distintos actores involucrados en la temática. Para tal propósito se plantearon varios pasos intermedios: *a)* iniciar la construcción de una metodología de evaluación de los servicios de salud de las ONG en México; *b)* establecer las bases para un modelo de atención que sea replicable; *c)* intercambiar y enriquecer las propuestas con representantes del sector académico, y *d)* transmitir el proceso de reflexión y sus resultados a las autoridades del Sector Salud.

Se propuso que en esta primera etapa la reflexión se diese solamente entre las ONG, pero siempre con la idea de establecer un diálogo crítico con instituciones gubernamentales, con académicos, con otras ONG que no ofrecen directamente servicios de salud, con organismos que en el ámbito internacional coordinan discusiones sobre las acciones de salud e incluso con usuarias de los servicios. Se partió del supuesto de que la normatividad y la construcción de ciertos parámetros para orientar la

<sup>23</sup> Del Distrito Federal participaron: *Salud Integral para la Mujer, Ser Humano, Ticime, Apoyo a Partería, Fundación Mexicana de lucha contra el SIDA*. De los Estados: *Centro Mujeres, Baja California Sur; Red de Mujeres de Baja California, Tijuana; Centro para los Adolescentes CASA, San Miguel de Allende; Salud y Género, Querétaro; Grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, Chiapas; Compañeros, Ciudad Juárez Chihuahua; Equipo de Mujeres en Acción Solidaria EMAS, Distrito Federal; Grupo de Mujeres de Pachuca, Hidalgo; Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal*. A ellas se deben añadir personas que trabajan en Brasil, Chile, Canadá y Estados Unidos.

<sup>24</sup> Como resultado se elaboró un documento que resume su punto de vista sobre el tema y las propuestas para su puesta en práctica. En él se plasmó la necesidad de priorizar la perspectiva de las usuarias y la urgencia de recuperarla en las políticas de salud.

interacción en los servicios no están definidos de una vez y para siempre sino que son un proceso permanente. Asimismo se reconoció que este esfuerzo de reflexión colectiva fue apenas un paso inicial en esa dirección.

En este espacio de reflexión entre las ONG se propuso que las relaciones entre los trabajadores de las instituciones de salud y las personas que hacen uso de sus servicios deben ser simétricas, sin que esa simetría suponga que hay igualdad en todas las características, ni se descarte el conocimiento técnico acumulado por los trabajadores de las instituciones. La idea de simetría se refiere a la necesidad de que ambas partes reconozcan los saberes mutuos, con el fin de construir nuevas respuestas para cuidar el entorno de la salud y la reproducción.<sup>25</sup> Se insistió en que las mujeres deben ser protagonistas de la discusión sobre el cuidado de la salud y de las acciones que se realicen en torno a ella. Es decir, reconociendo que el concepto de salud reproductiva ofrece la oportunidad de que las personas participen activamente en la construcción de su entorno reproductivo y sexual, se propone que tengan voz al definir los elementos que rodean su reproducción, tanto en términos de salud y sexualidad, como de cuestionar las relaciones de poder, involucradas y de definir acciones para reducir cualquier tipo de discriminación (DEC4, 1995).

Otro elemento relevante en esta discusión es que las ONG recurren a la ética como el supuesto de la calidad de los servicios y de interacción entre las personas, ya que optan por principios de integridad corporal, de respeto a la persona, de justicia y de beneficio al mayor número de personas posible, con el fin de argumentar muchas de sus propuestas de cómo "debieran ser" los espacios de interacción en los servicios de salud. En este sentido cuestionan fuertemente que los médicos se erijan en la autoridad moral que define de manera unilateral códigos y criterios de comportamiento para ámbitos tan personales, individuales e íntimos como son la salud y la reproducción, al margen de sus repercusiones sociales. Cuando esto ocurre, argumentan la necesidad de cuestionar dichos criterios de normatividad, no porque se crea que la medicina no tiene nada que decir al respecto, sino para asegurar que

<sup>25</sup> Se propone "que en el proceso de interacción entre usuaria y proveedor(a) se promueva la corresponsabilidad en la apreciación de los problemas de salud, que no se genere una relación de dependencia y que este servicio se otorgue en un marco de respeto absoluto a la dignidad humana, incorporando elementos culturales, religiosos, cognoscitivos, emocionales y de procesos históricos individuales, entre otros, con sensibilidad a las necesidades específicas de las mujeres. Que todos los contactos y encuentros entre proveedores y usuarias se den en términos de intercambio y beneficio mutuo, dentro de un proceso de intercambio de conocimientos y experiencias que desencadene la reeducación de ambas partes" (DEC4, 1995).

recuperan la especificidad de la realidad de las personas, que le dan espacio a la opinión de las mujeres y que los procedimientos que se siguen en el proceso de búsqueda de salud respetan supuestos éticos básicos.<sup>26</sup>

A esto añaden la necesidad de incorporar como punto de partida una perspectiva de género, con el fin de tratar de eliminar todo tipo de discriminación hacia las personas, en especial hacia las mujeres. Por ello se demanda una normatividad que asegure que el lenguaje con el cual se interactúa en el ámbito de la salud no tenga características sexistas, para evitar que se reproduzcan las inequidades genéricas.

Otro aspecto importante que se trató en este foro fue el de la satisfacción de las necesidades de las personas, para lo cual se propuso que las ONG discutan más sistemáticamente qué tipo de necesidades son las que se pretende satisfacer: ¿las necesidades que "se conoce" que pueden tener esas personas, o las que ellas manifiestan? En ese sentido emergió como un tema importante el proceso por el cual se educa críticamente a los individuos para reconocer sus necesidades, tratando de superar la actitud paternalista de ofrecerles una acción o tratamiento a partir de los preconceptos que puede tener quien ofrece el servicio.

Dado que la NOM reconoce que todos los métodos tienen una probabilidad de falla (estimada en condiciones ideales de uso) y que dicha probabilidad se incrementa en condiciones normales de uso, en este foro se volvió a proponer que los proveedores de servicios de salud puedan poner un servicio de aborto a disposición de las personas a quienes les falló un método anticonceptivo, en condiciones que no pongan en riesgo su salud.<sup>27</sup> Se señaló también que sigue faltando una normatividad explícita al respecto, tanto en el ámbito legal como en el de salud, por lo que no se lleva hasta sus últimas consecuencias el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Este derecho está plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Pérez Duarte, 1991), de modo que se puede hablar de la existencia de "necesidades sentidas por la población y no resueltas por las personas

<sup>26</sup> Se propuso: "Propiciar las condiciones de estructura, procesos y relaciones interpersonales que faciliten la expresión de sus necesidades por parte de las usuarias, que fomenten el autocuidado y la corresponsabilidad sobre las mismas [...] Promover una formación más integral de los proveedores de servicios que permita tener una mejor percepción e interacción con las distintas necesidades de las usuarias y con las condiciones sociales que influyen sobre las mismas [...] Que el modelo de evaluación de la calidad de los servicios sea depurado permanentemente buscando avanzar en el cumplimiento de los principios éticos de equidad, respeto, integridad corporal y beneficencia" (DEC4, 1995).

<sup>27</sup> La tasa de falla ha sido documentada en México desde la Encuesta Nacional de Prevalencia de 1979, la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 y la Encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva de 1988.

corresponsables en el uso de los métodos y en el ofrecimiento de los servicios".<sup>28</sup>

En este esfuerzo se destacó la necesidad de reconocer los temores, las penas, las vergüenzas, las ambivalencias y ambigüedades de las personas, no para descalificarlas o devaluarlas, sino para tratar de adaptar la interacción con ellas al contexto en el que se mueven. Por lo mismo, se discutió ampliamente la importancia de darles peso y valor a la subjetividad y a la opinión de las mujeres, en particular porque al parecer es en este ámbito donde la medicina institucionalizada tiende a reforzar desigualdades genéricas.

Para concluir, algunas ONG afirman que su propuesta de servicios es "más ética" que la de las IG, ya que como punto de partida le reconocen su importancia a la persona, tratan de conocer y respetar su realidad y, a partir de ello, construyen con la persona una forma de interactuar con sus necesidades de salud, más que a partir de un discurso científico establecido con supuestos que parecieran ser uniformes para todo tipo de persona.

#### EXPECTATIVAS Y PROPUESTAS PARA LA INTERACCIÓN ENTRE ONG E IG EN EL ÁMBITO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Los procesos de normatividad no coincidentes entre ONG e IG nos generan grandes interrogantes: ¿dónde quedan las personas beneficiarias de sus servicios, las cuales —parafraseando a una participante del foro de las ONG— a la larga son lo único en común que tienen las ONG y las IG? ¿Qué lugar ocupan los usuarios de servicios en esta lucha ideológica, pragmática y política de acercamiento a sus necesidades? ¿Habrá alguna posibilidad de interacción entre IG y ONG a partir del cambio en la terminología, que sustituye el concepto de planificación familiar por el de salud reproductiva?

Creemos que los comités de género creados recientemente dentro de la Secretaría de Salud y en el Consejo Nacional de Población posible-

<sup>28</sup> Sipam y las investigadoras del INNSZ comentaron, a propósito de la NOM, que "sería conveniente incluir la responsabilidad institucional y de la usuaria en caso de que el método seleccionado falle. En todos los casos en que exista un embarazo y que la falla sea imputable al método, debería existir la posibilidad de que los servicios de salud ofrezcan el aborto". Sin embargo, la respuesta fue "[...] que la legislación mexicana actual no considera la falla de los métodos anticonceptivos como causal de aborto terapéutico. Por estas razones no fue aceptada la propuesta y se considera pertinente dejar el texto original". Se trata de necesidades deliberadamente no cubiertas y a las cuales se enfrenta de forma ambivalente.

mente sean consecuencia de los acuerdos internacionales, producto en buena medida de las demandas constantes de grupos feministas; podemos pensar que también hay un reconocimiento de las limitaciones de los enfoques restringidos a lo biomédico en el espacio de la salud y la reproducción. A esto se agrega que la Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo y la Conferencia sobre la Mujer, celebrada en Beijing, han sido excelentes momentos para generar una interacción entre instituciones gubernamentales y ONG, y esperamos que también contribuyan a acortar las distancias entre las ciencias sociales y las biomédicas. A pesar de que en nuestra interpretación existen importantes distanciamientos en la interacción entre ONG e IG en el ámbito de la salud reproductiva, creemos que existe la posibilidad de reducirlos delimitando estrategias de investigación e intentando espacios más respetuosos de diálogo.

Como resultado del análisis de las experiencias expuestas en estas páginas, identificamos la necesidad de: *a)* evaluar hasta qué punto se dan discusiones directas de las ONG con los políticos que administran instituciones y dependencias normadoras del quehacer de la salud y la reproducción; *b)* documentar qué tipo de negociaciones se establecen entre las ONG y los coordinadores de programas en los ámbitos estatales e institucionales —que son los que aplican las políticas anteriormente señaladas—; *c)* analizar hasta qué grado y cómo se difunden los resultados de las investigaciones sobre el tema, así como la sistematización de las actividades generadas por medio de las ONG, entre personal del Sector Público; *d)* analizar el impacto que tiene el trabajo de grupos de investigadores y las ONG que definen propuestas específicas de políticas, programas y acciones (a partir del conocimiento acumulado sobre el tema) al ser presentadas a (y negociadas con) las instancias gubernamentales correspondientes; *e)* documentar ejercicios de interacción entre la academia y las ONG para reforzar su capacidad de negociación de las políticas gubernamentales; *f)* darle seguimiento a la interacción que se ha iniciado por medio de cursos, seminarios y talleres organizados por diferentes instancias, bajo la perspectiva de sensibilizar a las IG y las ONG sobre el punto de vista de la otra parte; *g)* analizar en qué medida las ONG y las IG demuestran que su trabajo responde a las necesidades de la población; *h)* documentar otras experiencias de normatividad en ambos ámbitos; *i)* evaluar si hace falta una NOM sobre salud reproductiva y definir quiénes y cómo pueden participar; *j)* documentar cómo pueden aplicarse las propuestas alternativas de las ONG; *k)* evaluar cómo se puede asegurar el protagonismo de las mujeres al mismo tiempo que la calidad técnica de los servicios; *l)* incorporar en los análisis de calidad de ONG e IG el componente de insumos con los que se cuenta en el contexto

actual, y *m*) documentar los componentes del distanciamiento entre ciencias biomédicas y sociales, en términos de principios teóricos y epistemológicos.

El uso del concepto "salud reproductiva" pretende replantear las relaciones en el ámbito de la salud y la reproducción. La Organización Mundial de la Salud ha propuesto una definición inspirada en su concepto de salud en general, pero añadiendo referencias a relaciones sexuales placenteras y sin riesgo, y a la factibilidad de evitar embarazos no deseados, entre sus elementos más relevantes. Además, pretende hacer explícitas las referencias a las dimensiones social, mental y biológica que conforman el entorno del quehacer humano. Con el tiempo esta definición ha ido sufriendo adaptaciones y se le han incorporado aspectos relevantes, como el derecho de las personas a involucrarse en la decisión de las acciones individuales y sociales necesarias para asegurar dicha salud reproductiva, en el contexto social, cultural y político en el que se desarrollan los individuos (Pitanguy, 1995).

Esta nueva categoría analítica hace referencia a aspectos de carácter ético, jurídico y político y no únicamente a la tradicional relación entre reproducción y salud, asociada en buena medida al ámbito médico (Figuroa, 1995). Creemos que esta definición amplia permite repensar las posibilidades de interacción entre ONG e instituciones gubernamentales vinculadas con el espacio de la salud, como constructoras de conocimiento y validadoras de acciones sociales sobre el tema.

Por ello vale la pena tratar de darles respuesta a las demandas actuales de las ONG, específicamente dirigidas a las instancias gubernamentales, entre las cuales están asegurar que se lleven hasta sus últimas consecuencias compromisos que se han aceptado en reuniones internacionales, que han generado declaraciones que reflejan los consensos avalados por el gobierno mexicano. Esas declaraciones no tienen carácter de ley en la mayoría de los casos, pero por lo menos reflejan un "consenso moral" sobre ciertos acuerdos mínimos que las diferentes naciones reconocen como necesarios para asegurar el entorno más favorable para nuestra temática.

Existen demandas de las ONG para que la Secretaría de Salud realmente lleve a cabo programas de salud reproductiva, incorpore el enfoque de género, evite inequidades en los servicios (por sexo o por grupo social), que no siga evaluando sus servicios de acuerdo con parámetros de productividad demográfica, sino respecto a la calidad de los mismos, que investigue opciones anticonceptivas para los varones y no únicamente para las mujeres y, por encima de todo, que asegure que las decisiones que se dan en el espacio de la reproducción cumplan con los requisitos de libertad y responsabilidad que se han plasmado en diferentes declaraciones, desde hace por lo menos cinco lustros.

En diferentes foros las ONG han desarrollado de manera colectiva un trabajo muy intenso para construir lo que proponen como normatividad (aunque no la nombren así) "alternativa y complementaria", que recupera la especificidad de la población con la que tienen un importante contacto. Las ONG contemplan sistematizar las especificidades de sus experiencias, al mismo tiempo que son críticas respecto a las actividades de las instancias identificadas como autoridades en la materia.

Al parecer, las ONG se han convertido en un acompañante crítico de las instituciones gubernamentales, lo cual puede tener enormes ventajas si se genera un diálogo respetuoso en ambos sentidos y si ambas partes son capaces de hacer una reflexión crítica de sus propias experiencias; pero tendría posibilidades mínimas si una de las partes no siente que la otra tiene algo que decir al respecto.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bianco, M. (1991), "La medicalización de la reproducción humana", en S. Azeredo y V. Stolcke (coords.), *Direitos Reprodutivos*, Fundação Carlos Chagas/ Prodir, São Paulo.
- Bijou, S. (1976), *Child Development: The Basic Stage of Early Childhood*, Prentice-Hall, New Jersey.
- Canguilhem, G. (1982), *Lo normal y lo patológico*, Siglo Veintiuno Editores, México.
- Cervantes, A. (1993), "México: políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales", en *IV Conferencia Latinoamericana de Población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. I, INEGI/IIS-UNAM, México, pp. 759-789.
- De Barbieri, T. (1993). "Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México", *Proyecto de investigación y acción sobre derechos reproductivos (grupo mexicano)*, México, mimeo.
- DEC1 (1993), "Declaración de México para una Maternidad Sin Riesgos", Cocoyoc, Morelos, México.
- DEC2 (1993), "Consideraciones y recomendaciones. Reunión nacional de organismos no gubernamentales sobre Población y Desarrollo", México.
- DEC3 (1993), "Declaración del Foro de Mujeres y Políticas de Población", México.
- DEC4 (1995), "Declaración del Foro sobre Calidad de la Atención en los servicios de salud desde la perspectiva de género", México.
- Diario Oficial* (1986), "Norma Técnica de Planificación Familiar en la Atención Primaria a la Salud", 7 de julio, México, pp. 73-76.
- (1993), "Proyecto de Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar", 22 de noviembre, México, pp. 17-41.
- (1994a), "Respuesta a los comentarios recibidos respecto al Proyecto de Nor-

- ma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar”, 20 de mayo, México, pp. 17-32.
- (1994b), “Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar”, 30 de mayo, México, pp. 26-53.
- Figueroa P., J. G. y R. Aparicio (1991), “Factores que determinan la aceptación y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos”, presentado en el Simposio sobre Salud Reproductiva, organizado por la Academia de Investigación Científica, México.
- (1993), “Algunas reflexiones sobre la normatividad en la prestación de servicios anticonceptivos: propuestas desde una perspectiva sociocultural”, presentado en el IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos.
- (1994), “Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana”, *Proyecto de investigación y acción sobre Derechos Reproductivos* (grupo mexicano), México.
- y D. Silva (1994), “La definición de normas y prioridades en el espacio de la relación entre salud y reproducción”, presentado en el II Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Bioética (Post Congreso sobre Ética y Salud Reproductiva), Buenos Aires, Argentina.
- y E. Liendo (1994), “Apuntes sobre la presencia del varón en la toma de decisiones reproductivas”, presentado en el Seminario sobre Masculinidad del Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México (mimeo.). Una versión sintetizada se publicó como Figueroa Perea, J.G., E. Liendo (1995), “La presencia del varón en la salud reproductiva”, en E. Hardy *et al.* (eds.), *Ciencias sociales y medicina: perspectivas latinoamericanas*, Universidad de Campinas, Brasil.
- J.G. (1995), “Apuntes sobre algunas posibilidades de autodeterminación reproductiva en América Latina”, *Revista Perfiles Latinoamericanos*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, año 4, núm. 6, pp. 121-147.
- Freedman, I. y S. Isaacs (1993), “Human Rights and Reproductive Choice”, *Studies in Family Planning*, 24, 1: 18-30.
- Illich, I. (1987), *Némesis Médica (La expropiación de la salud)*, Joaquín Mortiz, México.
- Lerner, S. (1994), “Mediaciones institucionales y regulación de la fecundidad: reflexiones en torno al estado del conocimiento”, en *Memorias de la IV Reunión de Investigación Demográfica*, México.
- Matamala, M., M. Chávez y F. Berlagonsky (1994), “Estrategia para cambios en salud desde la sociedad civil y el enfoque de género”, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, Santiago de Chile.
- Menéndez, E. (1992), “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, en R. Campos (comp.), *La antropología médica en México*, México, pp. 97-114.
- Pérez Duarte, A. E. (1991), “El aborto, consecuencia inevitable de la interrupción voluntaria del embarazo”, Memoria del Seminario Salud y Derechos Humanos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, pp. 28-33.

- Pitanguy, J. (1995), "Salud y ciudadanía: ciencias sociales y medicina", discurso inaugural, III Congreso Latino-Americano de Ciencias Sociales y Medicina, en E. Hardy *et al.*, *Ciencias sociales y medicina: perspectivas latinoamericanas*, Universidad de Campinas, Brasil.
- Silva, D. (1998), "Reflexiones sobre el trabajo: mujeres, saberes médicos e institucionalización", en J. G. Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, pp. 199-204.
- Tuirán, R. (1988). "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", en Dirección General de Planificación Familiar y Secretaría de Salud, *Memorias de la Reunión de avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, México, pp. 45-58.
- Zolla, C. y A. Carrillo (1998), "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", en J. G. Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, pp. 167-198.



## LA RED POR LA SALUD DE LAS MUJERES DEL DISTRITO FEDERAL

MONSERRAT SALAS VALENZUELA<sup>1</sup>

Las redes son como el material para pescar: cada hilo, que individualmente sólo puede alzar un pescado de determinado peso a la vez, cuando va tejido en una red en que cada nudo refuerza al todo y es reforzado por aquél, tiene muchas veces aumentada su capacidad de articulación. Al mismo tiempo no hay, en una red de pescar, una jerarquía entre los nudos, y cada agujero que pueda ocurrir, podría arreglarse individualmente sin comprometer al todo.

M. Viezzer, 1987

El propósito de este capítulo es presentar la experiencia de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, fundada en la ciudad de México el 28 de mayo de 1993 por catorce organizaciones no gubernamentales de mujeres. Para describir esta experiencia se revisaron minutas de las reuniones más significativas de la red, documentos internos y públicos. Asimismo, dado que la historia de la red aún no está escrita, se entrevistaron algunas mujeres que participaron en su conformación y fortalecimiento para conocer sus opiniones y valoraciones sobre el trabajo colectivo.<sup>2</sup> No es la intención de este artículo presentar un balance del quehacer de la red, pues éste ya fue elaborado y hecho público por sus integrantes, en ocasión del quinto aniversario de su formación.

### LA CONSTRUCCIÓN DE REDES DE GRUPOS DE MUJERES —

Durante la década de los setenta, favorecida por la corriente internacional que designó a 1975 como el Año Internacional de la Mujer, se obser-

<sup>1</sup> Investigadora del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" e integrante de Salud Integral para la Mujer, Sipam.

<sup>2</sup> Agradezco a Pilar Muriedas, Trinidad Sánchez y Laura Vilchis el tiempo que destinaron para ser entrevistadas. Agradezco especialmente a Trinidad Sánchez la cuidadosa selección de documentos internos y externos y su gran paciencia; ambas me permitieron obtener información precisa y certera para escribir el presente texto.

va una marcada tendencia de las mujeres a reunirse y organizarse. Se agrupan y despliegan redes en los ámbitos local, nacional, regional e internacional, como mecanismos novedosos para lograr formas de organización horizontal, de acuerdo con una propuesta menos autoritaria y, por tanto, independiente de la jerarquía y las dinámicas masculinas (Cardaci, 1995).

El proceso de conformación de redes no ha sido exclusivo de los grupos de mujeres que trabajan alrededor de la salud, ya que es también expresión de diversos sectores sociales no gubernamentales que introducen a la arena política formas de agrupación ciudadana como reacción a la limitada respuesta del Estado a sus demandas sociales y cívicas, y frente a la intolerancia gubernamental para considerarlos interlocutores válidos. Las mujeres, "desde hace algunos años [...] están creando nuevos grupos, organizaciones y redes, debido a que generalmente resulta muy difícil encontrar los canales y mecanismos adecuados para llevar a cabo acciones orientadas a provocar los cambios necesarios para avanzar en el crecimiento y desarrollo de la sociedad en general" (Karl, 1986).

En la preparación para el Foro de las Organizaciones No Gubernamentales en Nairobi, diez años después del Año Internacional de la Mujer, mujeres activistas de todas las regiones del mundo reunieron sus experiencias en un documento titulado *Alternativas para el Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era -Perspectivas de las Mujeres del Tercer Mundo*, elaborado por *Development Alternative with Women for a New Era (DAWN)*, una ONG compuesta por feministas que trabajan temas de desarrollo y salud. DAWN enfatiza el papel estratégico que desempeñan las organizaciones y redes de mujeres al señalar que:

El desarrollo político, necesario para la realización de grandes cambios, requerirá en la mayoría de las sociedades de organizaciones con una gran fuerza para impulsarlas y el enorme potencial de las redes de mujeres a este nivel es fundamental [...] La estructuración de redes constituye una importante manera de transformar [...] la proximidad geográfica, cultural, religiosa, política, racial o cualquier otra afinidad o circunstancia histórica [...] en una ventaja. Es una forma también de contrarrestar el riesgo de intentar la conformación de un grupo único, que pueda poner en peligro las autonomías al atribuirse la expresión exclusiva de los intereses de todos los grupos y de cada uno de sus integrantes [...] Una preciosa energía puede ser gastada en discusiones internas, a la vez que es posible que empiece a dominar cierta tendencia al fraccionalismo. A través de la formación de redes, los diversos grupos pueden conservar su autonomía y particularidad y a la vez unir sus esfuerzos (DAWN, 1986).

No cabe duda que las redes de mujeres surgen como una necesidad. Mientras ésta no se sienta y manifieste, no es el momento político ni organizativo para convocar a la formación de una red. Los grupos se

integran a las redes según sus necesidades, para lograr desde la obtención de fondos para determinados proyectos, hasta la conexión entre dos o más organizaciones dedicadas a temas similares. En esta forma flexible y característica del trabajo en red, los grupos también establecen relaciones con otras redes que se buscan mutuamente con el mismo interés: fortalecer el trabajo conjunto sin perder la especificidad temática y su autonomía grupal. Para los grupos de mujeres, la lógica del trabajo en red "significa mantener los contactos existentes con las miembros de la red. Por otra parte, significa también hacer nuevos contactos, así como establecer lazos entre los grupos nuevos y los ya existentes, a niveles nacionales, regionales e internacionales" (Stemerding, 1990). Y la red permanecerá con vida mientras la necesidad de los grupos de mantenerse entrelazados permanezca. La vida de las redes depende del aliento que sus integrantes den a los compromisos para la realización de tareas conjuntas, pues "Las redes fueron surgiendo como instancias facilitadoras y a la vez, como expresión del desarrollo y articulación del movimiento de salud de las mujeres. Las diversas realidades conforman tejidos de mutua influencia nacional, continental y mundial" (Portugal y Matamala, 1993).

Una red es una opción estratégica de acción política y social. Aunque estas alianzas surgen para cubrir una necesidad específica, puntual, algunas logran permanecer en el tiempo y posibilitan el establecimiento de planes de acción con diferente temporalidad: inmediato, a corto y mediano plazos. De la misma manera hay redes que surgen como resultado de problemáticas identificadas en el ámbito internacional, y es preciso que desarrollen la capacidad de adoptar estas propuestas, adecuándolas a la situación nacional.

En nuestro continente las organizaciones de mujeres se entrelazan, se "enredan" mediante múltiples y variadas formas de comunicación: correspondencia, suscripción e intercambio de publicaciones, talleres de capacitación práctica en temas específicos, visitas mutuas para conocer actividades concretas e intercambio de información diversa. Entre estas redes destacan algunas no sólo por el importante número de integrantes que las conforman, sino también por la corriente de opinión y de acción que han generado en la región, la potenciación de sus actividades y lo específico de sus acciones. Estas macrorredes en las que participan los grupos latinoamericanos son:<sup>3</sup>

\* Isis Internacional.

\* Unidad de Comunicación Alternativa de la Mujer, ILET.

<sup>3</sup> Para un análisis profundo sobre estas redes, cf. Portugal y Matamala, 1993.

- \* Red Global de Mujeres sobre Derechos Reproductivos.
- \* Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

En México, la experiencia de construir redes como forma de expresión de interacción entre diferentes organizaciones y grupos sociales, tiene una larga historia. Sin embargo, en el ámbito de la salud de las mujeres, las experiencias aún son escasas e incipientes. Según Pilar Muriedas,<sup>4</sup> en el momento en que se fundó la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal era la única orientada a conjuntar diferentes formas de abordar la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La experiencia de conformación de la red se nutre de otras dos experiencias cercanas en el tiempo: por una parte el Grupo de Mujeres de Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular (Produsep), que reúne a un núcleo importante de socias que comparten el objetivo de promover un punto de vista de género en las tareas de salud general que realiza la asociación,<sup>5</sup> y por otra, la experiencia de la ya desaparecida Red Contra la Violencia hacia las Mujeres.<sup>6</sup>

A pesar de tener altibajos, las redes resultan ser maneras de organización insustituibles, ya que cumplen una función de articulación vital para el crecimiento y desarrollo de sus miembros. El tamaño relativamente pequeño de las organizaciones no gubernamentales denominadas por algunos "microorganismos de la sociedad", las lleva a que su trabajo esté muy circunscrito a áreas muy específicas. Esta especificidad hace que la acción de cada grupo por separado resulte poco global. Por ende, al conformarse en redes pueden combinar la precisión y especificidad en su trabajo con propuestas más amplias. De esta forma las redes potencian el ámbito de influencia de los grupos y logran alcances mucho mayores que la suma aritmética de sus acciones.

<sup>4</sup> Coordinadora de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal entre 1995 y 1998.

<sup>5</sup> El Grupo de Mujeres de Produsep se separó de la institución en 1996 y actualmente se le conoce como Red de Mujeres.

<sup>6</sup> Según Laura Vilchis, integrante de EMAS en 1995, "La Red Contra la Violencia hacia las Mujeres surgió en un contexto político de emergencia, pues estaba presente la convulsión política del 88 y el movimiento de mujeres estaba en un momento de gran fortalecimiento. La Red Contra la Violencia hacia las Mujeres —aunque pareciera muy específica— estaba atravesada por discusiones sobre cuestiones legales y sobre las ONG y sus problemáticas. No había un filtro, sino que todo se resolvía ahí y eso finalmente dio al traste con la red, porque cuando se lograron los avances en cuanto a los delitos sexuales, la gente dejó de asistir a las reuniones, dado que empezaban a encontrar salidas de otro tipo" (entrevista).

Una de las características fundamentales de la red consiste en que cada grupo u organización mantiene la autonomía frente a los demás y proporciona un determinado espacio grupal a las actividades concertadas en ella. Sólo de esta manera se pueden establecer prioridades consensadas de trabajo.

Es conveniente considerar qué implica participar en la red para los grupos que la integran. Si bien se suma una más a las múltiples actividades cotidianas, es la propia red la que facilita sobrellevar esta carga extra de trabajo, distribuye las responsabilidades y elimina la duplicación de esfuerzos. Facilita que las decisiones tomadas en conjunto, a nombre de los grupos que la conforman, tengan un respaldo cualitativamente mayor. Participar en la red no necesariamente implica un crecimiento relativo de cada una de las organizaciones que la conforman, pero sí logra la consolidación y reafirmación de los acuerdos comunes sobre los cuales giran sus actividades.

### *Nace la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal*

Somos mujeres con amplias coincidencias y con la intención de trabajar conjuntamente en torno a la salud de las mujeres y así enriquecer la tarea común que dio origen a nuestras organizaciones para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las mujeres de nuestro país en un marco de justicia social. Nuestras experiencias son diversas, partimos del ánimo de respeto entre nosotras, somos un espacio para recrear nuevos conocimientos y un lugar de referencia para otras organizaciones y personas interesadas en la salud de las mujeres (Red, 1994).

La Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal es la iniciativa de alianza más joven de la década de los noventa de las organizaciones por la salud de las mujeres en nuestra ciudad. Se formó en la ciudad de México, el 27 de mayo de 1993, a unas horas de celebrarse por sexto año consecutivo el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. Las mujeres visionarias que formularon la iniciativa de formación de la red fueron Patricia Mercado, del Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (GIRE); Patricia Duarte, del Colectivo Contra la Violencia Hacia las Mujeres (Covac); María del Carmen Elu, del Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES); Pilar Muriedas y Ana María Hernández de Salud Integral para la Mujer (Sipam). Sipam se encargó de adaptar la parte organizativa para hacer esta convocatoria y realizar los preparativos para el nacimiento. Fueron invitadas a participar también personalidades académicas y sociales. La red surge en ese contexto de gran legitimidad por parte de quienes la convocan, de su capacidad para involucrar a más personas en un momento en el cual hacía falta una alianza de este tipo y con este ánimo. En ella se reunieron los siguientes grupos que se reconocen como fundadores de la red:

- \* Comunicación e Información de la Mujer, A.C. (CIMAC).
- \* Acción Popular de Integración Social, A.C. (APIS).
- \* Centro de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres (Covac).
- \* Mujeres Trabajadoras Unidas, A.C. (Mutuac-MAS).
- \* Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (GIRE).
- \* Equipo de Mujeres en Acción Solidaria (EMAS).
- \* Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG/UNAM).
- \* Centro de Investigación y Lucha Contra la Violencia Doméstica (Cecovid), conocidas también como Colectivo Kollontai.
- \* Centro de Apoyo a la Mujer "Margarita Flores Magón" (CAM).
- \* Área de Salud de la Regional de Mujeres de Conamup.
- \* Unión Popular Nueva Tenochtitlan (UPNT).
- \* Área de Salud del Programa de Mujeres del Servicio, Desarrollo y Paz (Sedepac).
- \* Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES),
- \* Salud Integral para la Mujer (Sipam).
- \* Teresita de Barbieri, a título personal.

De esta forma, se colocan los primeros hilos para tejer una red que reúne a grupos diversos que trabajan por la salud de las mujeres, desde diferentes perspectivas y ámbitos. Las áreas de trabajo de cada uno de los grupos se conjuntan para constituir ejes de acción convergentes, reconocidos como tales en el momento de la fundación y que se mantienen casi sin modificaciones a la fecha, en torno a:

- \* El derecho a la salud integral.
- \* Los derechos sexuales y reproductivos.
- \* La prevención de enfermedades (cáncer, ETS y SIDA).
- \* La salud mental.
- \* La lucha contra la violencia.
- \* La transformación de las políticas de salud.

Todas las organizaciones que conforman la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal nacieron antes que la red misma. Entre algunos grupos se realizaron acciones conjuntas previas, de manera bilateral o en pequeños grupos. Este conocimiento previo facilitó las iniciativas conjuntas.

La red surge en el último año del sexenio salinista, marcado por una coyuntura política particular: crecen las manifestaciones civiles y el papel de las ONG es reconocido por el conjunto de la sociedad, reconocimiento que responde al cambio social generalizado. En efecto, la de los noventa es —como la anterior— una década de cambio permanente, de

construcción de nuevas identidades, durante la cual se gana la oportunidad de crear mayor participación de la sociedad civil para que se cumplan y mejoren las políticas públicas. Las ONG nacieron ante situaciones problemáticas que el gobierno no enfrentó adecuadamente y se conformaron a partir del reconocimiento de un problema social. De esta forma, la red surgió como continuidad de otra serie de acciones que conformaron múltiples espacios de actuación política ciudadana.

De manera más específica, los antecedentes inmediatos de la conformación de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, se encuentran en dos eventos a los cuales los grupos de mujeres pudieron llegar con una postura de unidad. Según Pilar Muriedas,

Había un repunte en 1993 de las organizaciones de la sociedad civil, ante la crisis política que estaba atravesando el país, en particular con respecto a las mujeres. Esta fuerza de las ONG en el país se notaba en un ánimo de unidad, de buscar unificar fuerzas. [...] Estaba como antecedente la Primera Conferencia por una Maternidad Sin Riesgos realizada en Cocoyoc en febrero de 1993, en donde nos encontramos una serie de organismos que trabajamos alrededor de la salud de las mujeres. Esta conferencia nos permitió enlazarlos, conocernos y ver la posibilidad de hacer frente común ante las iniciativas y políticas del gobierno. Vimos que era posible entablar un diálogo con los representantes del sector salud sin perder nuestras posturas críticas. Los grupos de mujeres unimos fuerzas y nos presentamos como un bloque ante las autoridades que estuvieron presentes en la Conferencia.

[...] Otro elemento que vino a reforzar este ambiente de unidad fueron las reuniones preparatorias, sobre todo las iniciales, para la Cumbre Mundial de Población en El Cairo, que se realizaría en septiembre de 1994. Recuerdo especialmente la Reunión Nacional de ONG sobre Políticas de Población y Desarrollo, a la cual llegamos una serie de organismos de mujeres y nos dimos cuenta que teníamos muchas coincidencias y que era posible marchar juntas. [...] Con esas experiencias, la Conferencia de Maternidad Sin Riesgos de Cocoyoc y las reuniones preparatorias para El Cairo, nos dimos a la tarea de buscar una instancia para presentarnos públicamente y para coordinar acciones. De ahí que hayamos decidido conformar la red.<sup>7</sup>

Una de las primeras tareas de la red consistió en recoger la diversidad de experiencias que sus integrantes aportaban a eso que se llama "la salud de las mujeres". Sin intención de profundización teórica y basándose en un enorme respeto a la manera de hacer el trabajo de cada uno de los grupos, en la red se estableció una conceptualización de salud sexual y reproductiva a partir de combinar las áreas de trabajo de sus integrantes. A medida que se fue profundizando el conocimiento mutuo, se observó que esta definición conceptual inicial, más que limitar la actuación de los grupos, permitió que se abrieran múltiples perspectivas de trabajo. Se enfatizó reiteradamente el punto de vista preventivo

<sup>7</sup> Entrevista, 1995.

para concebir la salud de las mujeres, lo cual dio cabida a la información y a la educación para la salud como parte de esta definición conceptual. Dos años más tarde, lo que era suma de especificidades, se acercó más a la conformación de un concepto común sobre los derechos reproductivos.

La red ha sido una iniciativa basada en la diversidad, que enfatiza los puntos de acuerdo. Las principales coincidencias son una postura crítica hacia las políticas y programas gubernamentales que conceptualizan a la mujer como "partida en pedacitos"; la lucha por una maternidad libre y voluntaria; la lucha por la despenalización del aborto; el reconocimiento al aumento en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA; el reconocimiento de altas tasas de morbilidad materna; el reconocimiento de que el cáncer cérvico-uterino y mamario es la principal causa de muerte de las mujeres mexicanas; la lucha contra la violencia hacia las mujeres; la necesidad de la interrelación entre la investigación y el trabajo directo con las mujeres; la búsqueda de la presencia en los medios de comunicación y la participación y negociación a diferentes rangos con las instituciones gubernamentales (Red, 1993).

Por otra parte, la red reconoce la importancia al estrechamiento de las relaciones entre el sector académico, las ONG de mujeres y las organizaciones sociales. La red recupera el espíritu actual de alianzas entre las ONG y los científicos sociales, como una relación fundamental, basada en la coparticipación.

Los documentos públicos de la red buscan ser congruentes con una postura de respeto a la vida de las mujeres, a su sufrimiento, con el enojo por las muertes evitables, y con la capacidad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos. Así lo expresa el documento de su fundación, cuyo objetivo general sigue vigente:

Es el objetivo general de la Red crear un espacio para la confluencia de discusiones y acciones unitarias en torno a la lucha social y política por la salud de las mujeres. Y son sus objetivos particulares: fortalecer y enriquecer nuestros trabajos; propiciar un espíritu de ayuda mutua; compartir espacios propios; coordinar una red con los servicios que prestamos; incidir con nuestros planteamientos, propuestas y acciones en la sociedad civil y en las instancias políticas, en particular del sector salud. Participar en foros y encuentros nacionales e internacionales con posturas políticas comunes; promover proyectos intergrupales; promover actividades de capacitación, investigación y sistematización (Red, 1993).

La red resultó también un espacio de reencuentro, en la medida en que algunas de sus integrantes ya se conocían con anterioridad y habían estado trabajando en otras instancias de coordinación. La red nació con

el profundo convencimiento de constituirse en un importante grupo de referencia política y de acción, que aporte a la lucha local y regional por la salud de las mujeres.

La red, asimismo, estableció desde sus inicios una postura clara respecto al financiamiento: este esfuerzo de coordinación no se sostendría solamente por la contribución voluntaria de los grupos participantes, sino que se construiría un espacio propio y tendría una dinámica ejecutiva de funcionamiento, dos condiciones que se lograron mediante la cooperación internacional que permitió disponer de un local con teléfono y de las condiciones materiales necesarias para su funcionamiento, además de asalariar a la coordinación ejecutiva y a una asistente.

### DEL FORTALECIMIENTO INTERNO A LA PROYECCIÓN PÚBLICA

Es difícil identificar modificaciones sustanciales en la evolución de la filosofía de la red a sólo cinco años de su conformación. Se observan, sin embargo, tres breves etapas en su desarrollo: desde mayo de 1993 hasta mayo de 1995, de junio de 1995 a abril de 1997, y de mayo de 1997 a la fecha de elaboración de este artículo. La primera etapa se caracterizó por un trabajo hacia adentro, con un proyecto encaminado mayoritariamente hacia el fortalecimiento del conocimiento del quehacer interno de cada uno de los grupos y a la realización de algunas acciones públicas a partir de experiencias grupales. Una vez consolidado el trabajo hacia adentro, se inició la segunda etapa, cuando la red comenzó una labor pública que le dio visibilidad hacia afuera, en la cual el eje conceptual fue el derecho a la salud. La tercera etapa es el momento de consolidación de la red como una instancia de interlocución necesaria y amplia de referencia política respecto a la temática de la salud sexual y reproductiva.

#### *Primer periodo: conocimiento mutuo y fortalecimiento interno*

En esta primera etapa, que no se caracterizó por un marcado activismo, los esfuerzos se dedicaron a la institucionalización de la red. Una práctica de reuniones mensuales, la presentación de una experiencia en cada reunión, lo que permitió a cada una de sus integrantes regresar a su equipo de trabajo con nuevos conocimientos enmarcados en un accionar que no las sobrecargó de trabajo, porque cada equipo tiene perfiles y actividades particulares que no pueden ser desdibujadas por la red. "A mí me parece que la cualidad de esta red es que llegamos a acuerdos muy puntuales y, sobre todo, a enriquecer nuestros conocimientos", resume una de sus integrantes.

Cada una de las sesiones contó con la presentación de un tema específico, además de la revisión de los aspectos operativos de las tareas asignadas. Se presentaron múltiples temas, uno en cada asamblea mensual ordinaria, para cuya exposición fueron invitadas expertas o expertos de los propios grupos o de grupos cercanos: salud y género; la mujer y las noticias; mujer, trabajo y salud; el aborto como un problema de salud y justicia social; salud y violencia; formación y capacitación, organización y salud; la crisis de la masculinidad autoritaria y el patriarcado; procesos de participación en salud desde una perspectiva de género; calidad de la atención en los servicios de salud; Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México; líneas de trabajo de Católicas por el Derecho a Decidir, entre otros.

Las tareas se llevaron a cabo con una estrategia de campañas que facilitó el cumplimiento de los objetivos iniciales, ya que la red nació como espacio de coordinación entre distintas experiencias de participación social y académica con la intención de trabajar conjuntamente en torno a la salud de las mujeres y así enriquecer la tarea que dio origen a cada una de las organizaciones. La red ha organizado el cumplimiento de tareas por medio de la formación de comisiones que se diseñan a corto o mediano plazos; terminadas éstas, se evalúan. "De lo que se trata es de ir reforzando estas posibilidades de reencuentro", señala una de nuestras entrevistadas.

Es importante mencionar que la red ha mantenido su espacio de comunicación y vitalidad interna, y que ambas cosas se deben en buena medida a que al conformarla, sus integrantes decidieron dejar muy claro lo que no querían que se repitiese. Los testimonios de Pilar Muriedas y Laura Vilchis coinciden en la importancia de este análisis inicial:

Cuando en la Red hablamos de lo que no queríamos que se repitiera, hicimos un ejercicio de reflexión de por qué habían fracasado otras redes en las que habíamos participado. Hicimos esa reflexión y nos parecía que no podíamos repetir eso que habíamos vivido, que es un desgaste por el activismo. Hablamos de una ética entre nosotras que nos permitiera avanzar en este esfuerzo común. Hablamos de que tenemos que decirnos las cosas de frente, de que tenemos que ir creando un ambiente de confianza entre nosotras, e hicimos ese ejercicio de decir qué es lo que no queríamos que se repitiera, no decir cosas entre nosotras en los corrillos o armar bloques hegemónicos. Creemos que hemos logrado que efectivamente esto no se repita. Seguramente no fue solamente por el ejercicio de reflexión sino también porque hay un grado de madurez entre estas organizaciones. Hemos dejado a un lado las viejas rencillas que había entre los grupos de mujeres, y por lo menos en estos de salud no se han presentado. Yo sí creo que la misma adversidad en la que nos encontramos frente a las políticas del gobierno nos obliga a no estar repitiendo esos errores. En una de las primeras reuniones de la Red a lo que más nos dedicamos fue a discutir qué no queremos de la Red. Nace esta Red en un momento de análisis crítico y autocrítico de redes que finalmente no tuvieron una continuidad; nacieron en un

contexto muy concreto y después no se les pudo dar un seguimiento. Yo no había estado en una red que cuando está a punto de nacer, se pregunta qué es lo que no queremos hacer. Y creo que una de las cosas a la que más espacio le dimos, fue al esfuerzo de la tolerancia de todas, al esfuerzo de compartir las diferencias, el esfuerzo de entender la diferencia no como un conflicto, sino como algo que retroalimenta y hace crecer a las demás. Otro punto importante fue el no entrarle demasiado a las cuestiones políticas, sino más bien centrarnos en cosas comunes y tejer la red sobre esas bases y las diferencias ir las limando con una cierta dinámica de acuerdos previos. Y eso a mí —que vengo de espacios donde más bien lo polémico es lo que hay que estar discutiendo, las diferencias políticas—, me parece que fue un momento de mucha sabiduría, de decir: “Bueno, estamos tratando de abrir un espacio, no le entremos ahorita a las diferencias; sabemos que tenemos proyectos diferentes, nos conocemos, pero no las vamos a tocar ahora. Lo que vamos a tocar ahora son los ejes comunes, en qué coincidimos; y aquellas cosas en las que no coincidimos, las vamos a ir hablando poco a poco, debatiendo, dialogando. Esas diferencias hasta el momento no las hemos discutido”. (Laura Vilchis, entrevista.)

Cuando intentamos rastrear momentos difíciles vividos por la red en esta etapa, encontramos que todas nuestras entrevistadas y las minutas de las reuniones no dan cuenta de situaciones conflictivas. Sin embargo, sus integrantes mencionan que la dificultad mayor en un inicio consistió en “querer hacer más de lo que se puede”, como suele ocurrir con frecuencia en las organizaciones de mujeres.

Sí queremos hacer mucho pero hay un buen ritmo de trabajo que permite no echarnos compromisos que no podemos cumplir. Yo creo que el haber editado el balance sexenal de la política de Salinas de Gortari con respecto a la salud de las mujeres, es un logro. Nuestra carpeta recién editada sobre cáncer cérvico uterino es otro aporte de la red. En la misma campaña, el que hayamos capacitado a nuestras compañeras para la toma de la prueba del Papanicolau, el análisis, la sistematización de la experiencia, me parece que son logros. El que hayamos hecho actividades alrededor de las campañas, que no han sido muy impactantes, pero sí nos van cohesionando y nos van mostrando la pauta a seguir en cuanto a actos públicos. Yo creo que esos son los logros: el que nos hayamos mantenido realmente sin conflictos, realmente sin graves problemas de crisis internas durante dos años, ya podemos decir que es un logro. Tenemos ya instalada una oficina, cierta infraestructura y esto ya sienta las bases para avanzar hacia el futuro. (Trinidad Sánchez, Coordinadora Ejecutiva de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal.)

En lo que respecta al funcionamiento interno, éste se ha basado en el respeto a las diferencias de posturas y formas de pensar, sin temor a la exclusión, en un marco de coexistencia para construir estrategias comunes partiendo de los conocimientos, habilidades y especialidades de cada una de las integrantes, revestido de la confianza mutua y el diálogo franco y abierto. Como parte de esta propuesta, con “ánimo y disposición de eliminar el sexismo” (Sánchez, 1995) desde mediados de 1995 el Colec-

tivo por Relaciones Igualitarias, A.C. (Coriac) forma parte de la red, lo cual posibilita la inclusión de la perspectiva masculina para el análisis de género en el terreno de la salud.

La campaña que resume este periodo fue "La salud empieza por nuestra Red", que tuvo como propósito fundamental lograr que la mayoría de las integrantes de las organizaciones que la conforman tomaran conciencia de la necesidad de la prevención y se realizaran la prueba del Papanicolau, como una forma de lograr mayor sensibilización hacia el trabajo externo que cada una realiza en sus zonas de acción. Doce compañeras de la red se capacitaron para tomar muestras citológicas del cuello uterino y se convocó a todas las integrantes a participar activamente en esta campaña permanente. Después de esta fase interna de llamado de atención inmediato hacia las personas y hacia las organizaciones, la red lanzó esta campaña hacia la ciudadanía, por medio de acciones de difusión. La primera de ellas se realizó el 28 de mayo con un recorrido callejero de un enorme carro alegórico y una caravana de cochés por el centro de la ciudad de México difundiendo los mensajes para prevenir el cáncer cérvico-uterino y mamario, la realización de varias conferencias de prensa y un desayuno con funcionarios del sector operativo de la Secretaría de Salud, a quienes se les dieron a conocer los resultados de esta campaña mediante la Carpeta Informativa sobre Cáncer Cérvico-Uterino. El balance de estas actividades internas y externas llevó a la red a considerar este tema como uno de los prioritarios. Se multiplicó el número de talleres presentados a diversos grupos, la asistencia a foros y presentación de ponencias. Alcanzó su mayor auge por medio de la consulta con expertos y con la ciudadanía para revisar la Norma Técnica de Cáncer-Cérvico Uterino, que se analiza más adelante.

Con la Coordinación de Servicios de Atención<sup>7</sup> y el Directorio de Servicios de Salud, la interlocución con autoridades fue uno de los subproyectos fundamentales en esta etapa. Como parte inicial de este subproyecto, en 1994 fue elaborado y difundido el documento de balance sexenal "El gobierno de Salinas de Gortari y la salud de las mujeres", que reúne la investigación llevada a cabo por dos compañeras de la red sobre todas las estadísticas oficiales. Este material fue enviado a las autori-

<sup>7</sup> Consiste en difundir, encauzar y hacer el seguimiento de la utilización de los distintos servicios que prestan las organizaciones integrantes de la red: "Hay grupos en la Red que dan atención ginecológica y otros que dan atención jurídica. Muchas veces nos enfrentamos con que había que referir una persona y la única forma era tratar de que tuviéramos un acuerdo mutuo con las organizaciones para poder enviarles pacientes, hacer un servicio de canalización, entre las mismas miembros de la Red" (Trinidad Sánchez, entrevista).

dades del sector salud, legisladoras, organizaciones no gubernamentales, instancias académicas y a la prensa. Los profesionales de los medios fueron quienes sacaron mayor partido de esta publicación, pues la utilizaron como referencia para sus notas y artículos durante varios meses. Se realizó una segunda edición del balance por la demanda expresa de las organizaciones y personas, ya que se ha convertido en una importante contribución al análisis de las políticas del sexenio salinista en torno a la salud de las mujeres mexicanas. Dado que el balance se presentó precisamente al término del sexenio, sus resultados sirvieron para elaborar las propuestas para comprometer a los candidatos a Jefe de Gobierno del Distrito Federal de todos los partidos.

Por otra parte, desde esta primera etapa, la Red estableció el compromiso de recordar y celebrar sistemáticamente ciertas fechas que son importantes para el movimiento internacional por la salud de las mujeres:

- \* Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, 28 de mayo.
- \* Día del Vientre Libre, por la Despenalización del Aborto, 28 de septiembre.
- \* Día Contra la Violencia hacia las Mujeres, 25 de noviembre.
- \* Día Internacional de Lucha Contra el SIDA, 1º de diciembre.

Contar con financiamiento ha contribuido a que estas campañas se efectúen cada año. Entre las actividades realizadas en estas fechas, resaltan las conferencias de prensa, programas de radio, difusión en medios impresos, colocación de una placa en el Monumento a la Madre que dice "A la que nos amó antes de conocernos porque su maternidad fue voluntaria", e instalación de mesas informativas en lugares públicos, por mencionar los más relevantes.

En esta primera etapa se sentaron las bases del funcionamiento institucional, se profundizó el conocimiento mutuo entre las organizaciones y se tejieron las puntadas más firmes de la red para colocarse en el escenario público.

*Segunda etapa: se hacen públicas las propuestas políticas para la salud de las mujeres*

Así como en un primer momento la Red destinó una parte muy importante de sus energías a consolidar una propuesta propia de funcionamiento y de interacción interna, en el segundo momento estos esfuerzos se destinaron fundamentalmente a la proyección externa. En congruencia con sus objetivos iniciales, se dio inicio formal a la inter-

locución con las autoridades sanitarias, enmarcándose en el reconocimiento de que éstas son las responsables de las políticas públicas dirigidas a disminuir la morbilidad y mortalidad de las mujeres mexicanas.

El parteaguas para iniciar esta segunda etapa fue el diálogo con autoridades sanitarias acerca del cáncer cérvico-uterino y mamario en México, llevado a cabo el día 9 de junio de 1995 en las oficinas de red. Para llegar a este momento fue necesario salvar una profunda discusión en torno a qué se entiende en la red por interlocución, con qué sectores de las autoridades tiene sentido dicha interlocución y con qué mecanismos se lograría el reconocimiento de la red como interlocutora de las autoridades de salud.

Al diálogo asistieron 29 personas de diversos rangos, pertenecientes a instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Nacional de Perinatología (Inper); el diálogo se desarrolló en un ambiente de confianza mutua y parte de su impacto se puede valorar en la publicación de 21 notas de prensa en periódicos de circulación nacional, además de que se logró una importante apertura personal de algunas y algunos de los invitados.

La red, legitimada ante la sociedad por el constante trabajo propositivo, congruente y honesto, se propuso dialogar con el Estado para arrancarle compromisos de trabajo concretos. El primer paso fue el acuerdo de iniciar actividades conjuntas para la elaboración de un folleto informativo y descriptivo sobre los derechos reproductivos de las mujeres, para ser distribuido gratuitamente en servicios públicos del sector salud, que finalmente apareció bajo el nombre de *De que se puede, se puede*, con un tiraje inicial de 5000 ejemplares. Esta cartilla se reeditó en 1998 con 10000 ejemplares y se adaptará para ser distribuida en los servicios públicos de salud en el estado de Yucatán, así como en Colombia.

Además de la interlocución con el Estado, este segundo momento se caracteriza por la profundización de la consolidación institucional, por buscar definir con claridad las funciones de la coordinación y de las comisiones de trabajo, así como por establecer una cierta garantía de financiamiento a mediano plazo. Asimismo, varias organizaciones civiles realizan acciones conjuntas que buscan alternativas a las medidas antipopulares emprendidas desde el gobierno. En este sentido, la red intenta hacer pública la voz de las mujeres que no forman parte de organizaciones y que son usuarias de los servicios de salud, ideando formas "de proveer a sus familias de los más elementales satisfactores que les permitan sobrevivir ante la amenaza diaria del desempleo y la inequidad en el acceso a los servicios de educación y salud" (Sánchez, 1995).

Una de las actividades públicas realizadas en esta etapa, que resume la fortaleza organizativa de la red y la certeza de su apuesta política, fue

el Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos. El tribunal —que se realizó en la Antigua Escuela de Medicina, Cuna de la Santa Inquisición, el 28 de mayo de 1996 en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres— presentó casos de 16 mujeres que fueron violentadas en sus derechos reproductivos por diversas instituciones públicas y privadas. Se señala en el documento *Dossier de Casos* que “la presentación de testimonios es la parte fundamental de nuestro evento, ya que deseamos denunciar públicamente las dolorosas situaciones que enfrentan las mujeres y sus familias cuando se violan sus derechos y que no se reflejan en las cifras oficiales. Estas personas claman justicia y nosotras queremos abrir un espacio para demostrar que las mujeres estamos dispuestas a hacer visibles las arbitrariedades de que somos objeto y a demandar la reparación de los daños”. En el *Dossier* se incluyen también los resultados de una búsqueda hemerográfica realizada entre enero de 1995 y marzo de 1996 para recabar las denuncias por violación a los derechos reproductivos, en la cual se registraron 27 casos que se publicaron en los principales periódicos de circulación nacional.

En el tribunal se contó con la presencia de juristas, académicos y autoridades del sector salud, quienes expresaron sus respectivos análisis de los casos presentados. El impacto que se logró en los asistentes y en los medios de difusión que fueron invitados, contribuyó a ponerle rostro a las denuncias y a ejercer presión política y moral hasta obtener resoluciones y algunos compromisos por parte de las autoridades.

La experiencia del tribunal permitió reconocer las dificultades involucradas en casos como éstos, y reconocer que tampoco las instituciones de impartición de justicia tienen experiencia en esta problemática, tanto porque la población no ha construido un ejercicio ciudadano de denuncia y presentación de sus casos, como por las dificultades para argumentar legal y jurídicamente las violaciones a los derechos y las sanciones pertinentes.<sup>8</sup>

El eje temático referido a la prevención de cáncer cérvico-uterino se expresó en esta etapa en dos vertientes de acción pública: en primer término, la realización durante tres años seguidos de toma de muestras cervicales para examen de Papanicolau a las mujeres que asisten a la Feria en el Zócalo para celebrar el Día Internacional de la Mujer, cada 8 de marzo. En segundo término, la presentación de la Carpeta Informativa

<sup>8</sup> Pareciera no ser casual que apenas un par de semanas después de haberse realizado el Tribunal, se constituyera la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) cuyas acciones en su primer año de existencia fueron analizadas por la red en un documento entregado a los medios de comunicación titulado “*Primer Aniversario de la Conamed: balance y propuestas*”, junio de 1997.

sobre Cáncer Cérvico-Uterino y de los resultados de la campaña "La salud empieza en nuestra red".

Al finalizar esta etapa, la red promovió una profunda evaluación de sus primeros tres años de vida; se formó una comisión *ad hoc* para llevar a cabo este balance, el cual dio cuenta —desde las mismas protagonistas del proceso— de las fortalezas y debilidades de la red. Como producto de este análisis, se refrendaron los acuerdos iniciales de trabajo, los objetivos de colaboración y los ámbitos temáticos de participación.

El corolario de esta segunda etapa se vislumbra en el prestigio que empieza a ganar la red como instancia unitaria de presencia respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y a la participación ciudadana para hacer propuestas viables de política pública.

*Tercera etapa: instancia de referencia obligada y contribución —desde la autonomía— a la gobernabilidad*

Uno de los propósitos de la red es llegar a convertirse en referente de opinión para autoridades, para la prensa, para otras organizaciones y para académicos. Este propósito se ha posibilitado con la amplia cobertura que los medios han realizado sobre todas las acciones de la red.<sup>9</sup>

El 23 de mayo de 1997, la red obtuvo la firma de la Carta-Compromiso del ingeniero Cuauhtémoc Cárdenas, candidato del Partido de la Revolución Democrática al gobierno de la ciudad de México. El ingeniero Cárdenas fue el único de los candidatos a Jefe de Gobierno que aceptó firmar este compromiso con la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, durante su campaña política. La carta contempla que, en caso de resultar electo

cumplirá con los acuerdos y compromisos internacionales firmados por el gobierno federal y las normas oficiales mexicanas sobre salud reproductiva. Esto significa considerar a las mujeres y a los hombres como sujetos y no objetos de la planificación familiar, garantizar el derecho a la información para las mujeres y hombres, y promover los derechos y normativas que posibiliten a todas las personas el acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos.

Entre tanto, la red se seguía construyendo con hilos por primera vez entretejidos en la historia de esta ciudad: en junio de 1997 se realizó la I Feria de la Paternidad, recogiendo la propuesta responsable y amorosa de los compañeros del Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias

<sup>9</sup> Todas las organizaciones integrantes de la red coinciden en el reconocimiento del papel que desempeña Comunicación e Información sobre la Mujer, A.C. (CIMAC) en este proceso de "hacer noticia".

(Coriac). “Gestemos Posibilidades para Nuevas Paternidades” fue el lema de este evento, el cual fue una muestra del crecimiento y enriquecimiento en las relaciones entre hombres, mujeres, niñas y niños.

La intervención decidida de la red en relación con la Norma Oficial Mexicana (NOM) para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico-Uterino se ha tejido con hilos muy fuertes: se elaboró una propuesta de contenidos con expertos en el tema, se desplegó una política de alianzas con otras organizaciones y con legisladores federales y locales sensibles a la temática, se realizó una campaña intensa de presión política a través de los medios de comunicación, se sostuvo la interlocución permanente con las autoridades responsables del sector salud. La utilización de todas estas herramientas culminó en la modificación de la NOM que afectaba la salud de las mujeres y resultó —al menos en el terreno de la normatividad—, favorable a la propuesta levantada por la red. Ésta es una muestra clara del aprendizaje de sus integrantes en la interlocución no sólo con autoridades, sino con una amplia gama de actores interesados en la temática del cáncer cérvico uterino. Señala Pilar Muriedas: “hemos aprendido que cuando una se decide a la negociación tiene que ir con la disposición a ceder algo, pero con la experiencia de la NOM fuimos muy claras, había un punto en el que no íbamos a ceder, estábamos convencidas y nos sostuvimos hasta el final”. Se trata de la periodicidad reglamentada para realizar la citología conocida como Papanicolau. La propuesta inicial de la Secretaría de Salud contemplaba realizarla cada tres años y especialmente a mujeres mayores de 35 años, como se recomienda para los países con alto grado de desarrollo, baja morbilidad materna y servicios de salud de calidad. Después de la intensa campaña de la red, de argumentar reiteradamente en función de las condiciones de vida y salud de las mujeres en nuestro país, las autoridades aceptaron incorporar a la NOM la propuesta de la red con el siguiente texto:

6.3.2 La citología cervical se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas con resultado negativo a infección por virus del papiloma humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasia y cuando sean dadas de alta, reiniciarán la periodicidad anual. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos. La citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna mujer solicitante por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite, con mayor periodicidad (NOM, 1998).

Con el triunfo de la democracia obtenido en las elecciones del 6 de julio de 1997, la red retomó el compromiso firmado por el ingeniero Cárdenas durante su campaña y se comprometió, a su vez, a contribuir a la gobernabilidad de nuestra ciudad. Pilar Muriedas señala

A diferencia de otros, este era un gobierno electo y un partido que se había comprometido explícitamente, a diferencia de los otros partidos. Es una situación favorable a nuestras propuestas, con compañeras que son mujeres que realmente sienten lo que una, entienden la situación desde el corazón, desde el sentimiento, entonces eso nos pone en una situación favorable.

“La salud sexual y reproductiva en el Distrito Federal, Programa de Inversión Social NOVIB-Gobierno del Distrito Federal”, es el proyecto conjunto que hace el sueño realidad:

[...] contribuir a la gobernabilidad de nuestra ciudad partiendo de un punto de vista más amplio que surge del trabajo cotidiano y sistemático que hemos realizado en favor de la salud de la población de escasos recursos, para lo cual resulta fundamental la incorporación de la perspectiva de género, la participación ciudadana y el respeto a la autonomía de las organizaciones.

Para la red, su contribución a la gobernabilidad consiste en asumir la responsabilidad de que las políticas públicas respondan a las necesidades de la población, desde una posición de autonomía como organización civil. Fue precisamente a partir del Diagnóstico de la Salud de las Mujeres en el Distrito Federal, que la red se involucró en este audaz proyecto para realizar tres estrategias que contribuyen a mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres de la ciudad: instalación de puestos de salud callejeros para mujeres embarazadas, la circulación de unidades móviles para prevenir y detectar el cáncer-cérvico uterino (Pap-móvil) y el establecimiento de módulos de orientación ciudadana sobre los derechos sexuales y reproductivos en los Centros de Salud del Departamento del Distrito Federal.

Las acciones se iniciaron en la Delegación Álvaro Obregón y posteriormente se ampliarán a la Delegación Iztapalapa, demarcaciones con las cifras más altas de mortalidad materna en nuestra ciudad. Como parte del equipo de trabajo de este programa, participan mujeres integrantes de las organizaciones sociales de las zonas seleccionadas, quienes comparten el propósito marcado por la red: “Nos comprometemos a demostrar la viabilidad y replicabilidad de las estrategias y acciones que realizaremos a lo largo de estos tres años, con el fin de que este proyecto quede instalado como parte de los programas de salud en las dos delegaciones seleccionadas y se tome como modelo en otras más”.

La etapa más reciente en la vida de la red se caracteriza porque ha logrado convertirse en una organización de referencia para distintos sectores y actores de la sociedad civil y política de nuestra ciudad interesados en las políticas públicas de salud, en particular sobre la salud sexual y reproductiva, los derechos de las mujeres y la calidad de la atención en los servicios de salud.

### PERSPECTIVAS

La Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal es una instancia de coordinación política y de servicios,<sup>10</sup> que nació por el esfuerzo y la audacia de un pequeño núcleo de mujeres de organizaciones no gubernamentales. Es una coordinación que no contó con financiamiento para iniciar sus trabajos; sólo después del primer año de actividades se logró un apoyo de la cooperación internacional que permitió asalariar a las coordinadoras ejecutivas y establecer un lugar físico de trabajo y ciertas condiciones mínimas de infraestructura para laborar.

En agosto de 1998 la red estuvo integrada por 19 organizaciones. Varias de las fundadoras, algunas nuevas, algunas que se alejaron un par de años y luego reingresaron: Salud Integral para la Mujer (Sipam), Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (GIRE), Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), Acción Popular de Integración Social (APIS), Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (Covac), Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), Centro de Apoyo a la Mujer "Margarita Flores Magón" (CAM), Centro de Acción Psicológica y Legal para la Familia (CAPYLFACT), Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias (Coriac), *Revista FEM*, Movimiento Nacional de Mujeres (MNM), Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud-UNAM, Grupo de Mujeres Ome Cihuatl, Instituto Mexicano de Estudios Sociales (IMES), Kinal Anzetik, Grupo de Partería Ticime, Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, Mujer, Salud y Educación Popular (Musep) y Colectivo de Salud Integral.

Todo parece indicar que la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal está en posibilidades de mantener su postura como ins-

<sup>10</sup> La Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal dispone de un directorio de organizaciones que prestan servicios diversos de atención a la salud sexual y reproductiva: consulta médica, asesoría psicológica, asesoría jurídica, servicios de información y documentación, atención y orientación a mujeres que han sido víctimas de violencia, talleres, por mencionar algunos. Las integrantes de las organizaciones de la red reciben atención de acuerdo con convenios y estos servicios también se ofrecen al público en general.

tancia de referencia y, en cierto sentido, como vocera del movimiento amplio de mujeres y salud en nuestra ciudad y gestora política de muchas de estas propuestas. La red desde un principio se planteó incluirse dentro del movimiento amplio de mujeres, desde una postura feminista. Esto quiere decir que cualquier movimiento que reivindique los derechos de la mujer aunque no se asuma como tal, es un aliado estratégico de la red. Se han documentado en otros países las múltiples ocasiones en que el movimiento feminista de salud se convierte en protagonista de las demandas de las mujeres en general, como ocurrió con ciertas experiencias en Estados Unidos y Canadá.<sup>11</sup> Es un enorme reto, pero para enfrentarlo cuentan con la ventaja de que los grupos que tejen la red tienen gran empatía política y organizativa entre sí.

La responsabilidad de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal en la interlocución es política y técnica, entendida ésta como la capacidad de allegarse de conocimientos más especializados de expertas y expertos a quienes se ha convocado. De ellos se ha obtenido muy buena respuesta, ya que ninguno se ha negado a socializar sus conocimientos ni a participar en la elaboración de las propuestas. Después de un periodo de cierta atomización de los grupos, se vislumbra como la organización que en esta coyuntura puede retomar el protagonismo de las acciones en favor de la salud de las mujeres del Distrito Federal. Es una posibilidad de legitimación, de establecimiento de un acuerdo con autoridades del sector salud en diferentes ámbitos, desde la arena crítica de la tolerancia mutua, para llevar a la práctica las experiencias exitosas generadas desde nuestros grupos y organizaciones, como propuestas de política pública de salud.

Quienes han dado vida a la red son una nueva generación de mujeres (y algunos varones) que encuentran en la red un espacio de militancia, de contribución al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las mujeres desde su trabajo específico. La presencia y la frescura de estas compañeras favorece la dinámica interna y favorece las condiciones para los relevos políticos.

Los tiempos que se avecinan colocan a la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal como fórmula de representatividad ante instancias gubernamentales y no gubernamentales del movimiento organizado de mujeres alrededor de los derechos sexuales y reproductivos y para mejorar sus condiciones de vida y de salud.

<sup>11</sup> Una experiencia en Canadá fue documentada por Mónica Riutort, "El Hospital de las Mujeres", ponencia presentada en el Foro Calidad de la Atención de los Servicios de Salud desde la Perspectiva de Género, México, julio de 1995. Para el caso de Estados Unidos, véase el artículo de Portugal (1993).

## BIBLIOGRAFÍA

- Cardaci, Dora, "Pensando como mujeres... propuestas educativas en salud de los 'colectivos' y 'redes' de mujeres", en S. González (comp.): *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México, 1995.
- Karl, Marilee, "Formación de redes en el movimiento global de las mujeres", en Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres, núm. 5, vol. V, Italia/Chile, junio, 1986.
- Portugal, A. M. y M. I. Matamala, "Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década", en Emma Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación Científica 541, Organización Panamericana de la Salud, 1993.
- Sánchez, Trinidad, "La experiencia de nuestra Red como propuesta", ponencia presentada a la Reunión Nacional de Donatarios del Programa de Salud Reproductiva y Población de la Fundación Ford, Cuernavaca, 9 de julio, 1995.
- Stemmerding, Beatrijs, "Trabajo de Red", en *Informe del Encuentro sobre Políticas de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos, Amsterdam, noviembre, 1990.
- Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal. *Documento de conformación*. México, 1993.
- , *Construyendo la Red*, México, 1994.
- , *El gobierno de Salinas de Gortari y la salud de las mujeres*, México, 1994.
- , *Carpetas de cáncer cérvico-uterino y mamario*, México, 1994.
- , *Cartilla sobre Calidad de Atención en los Servicios de Salud "De que se puede, se puede"*, México, 1996.
- , *Reflexiones sobre los Compromisos Internacionales y los Documentos Jurídicos Programáticos y Normativos en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en México*. México, 1996.
- , Tribunal par la defensa de los derechos reproductivos, *Dossier de Casos*, mayo, 1996c.
- , *Por una ciudad con mujeres saludables, Diagnóstico y Propuestas para el D. F.*, México, 1997.
- , *Primer Aniversario de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Balance y Propuestas*, México, 1997.
- , *La salud sexual y reproductiva en el Distrito Federal, Programa de Inversión Social NOVIB-Gobierno del Distrito Federal*, México, enero de 1998.
- , *Quinto Aniversario de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, Balance Político 1993-1998*, México, mayo de 1998.
- Viezzer, M, "Educación popular y movimiento de mujeres", en *Crecer juntas. Mujeres, feminismo y educación popular*, Ediciones Isis Internacional, núm. 8, Santiago de Chile, 1987.



*Las organizaciones no gubernamentales  
mexicanas y la salud reproductiva*

se terminó de imprimir en noviembre de 1999  
en los talleres de Impresores Aldina, S.A.,  
Obrero Mundial 201, Col. Del Valle, C.P. 03100 México, D. F.  
Se imprimieron 1 000 ejemplares más sobrantes para reposición.  
El cuidado de la edición estuvo a cargo  
de la Dirección de Publicaciones de El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS  
Y DE DESARROLLO URBANO  
CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS  
PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER  
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

**E**ste libro reconstruye una parte de la historia de la llamada "sociedad civil organizada" mexicana: la que se refiere a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que trabajan por la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población. El propósito es dar a conocer sus aportes a la educación sexual, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, la lucha contra la violencia doméstica y a favor de la maternidad voluntaria y sin riesgos. El detonante inicial para la creación de muchas de estas ONG fue la prestación de servicios en áreas no cubiertas por la acción del Estado y el desarrollo de modelos de atención alternativos. En años recientes, además, han ido reforzando su papel como voz colectiva articuladora de demandas frente al gobierno y en los foros internacionales. Las autoras describen en estas páginas las maneras en que las ONG buscan lograr cambios en la legislación y en las políticas públicas, así como su reciente esfuerzo para realizar labores de monitoreo sobre el desempeño de la gestión pública y el cumplimiento de los acuerdos internacionales suscritos por el gobierno.



EL COLEGIO DE MÉXICO

ISBN: 968-12-0939-7

