

REVISTA CIDOB D'AFERS INTERNACIONALS 51-52. Miscelánea.

La salud reproductiva en el marco de la cooperación al desarrollo.
Itziar Lozano

La salud reproductiva en el marco de la cooperación al desarrollo

*Itziar Lozano

RESUMEN

El propósito del presente trabajo es revisar el tratamiento que la cooperación al desarrollo ha dado a los derechos sexuales y reproductivos, a través de tres aspectos de la situación que se da en México como ejemplo ilustrativo: los actores que hoy están en pugna en torno a los derechos en cuestión (las agencias donantes internacionales, y específicamente las de Naciones Unidas, el Vaticano e iglesias nacionales, y el movimiento feminista); las iniciativas que abordan la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva del *empoderamiento*; y las formas posibles de establecer relaciones de cooperación Norte-Sur en una perspectiva realista y viable.

Respecto a las alternativas de apoyo y financiamiento a proyectos de derechos reproductivos, se analizan las resistencias de los agentes de cooperación a incorporar la temática. Se presentan asimismo elementos de propuesta para la adopción de una estrategia integral, se mencionan algunos posibles puntos de entrada así como los dilemas que se presentan a los organismos receptores de solicitudes, y se comentan las posibles estrategias de alianza entre los organismos del Sur y del Norte.

La sexualidad y la reproducción son dos ámbitos de la vida que han definido centralmente la identidad de las mujeres a través de la historia. Ambos son sistemas de poder, muy lejos de lo “natural”, ordenados institucionalmente por el parentesco, el estado y las formas de organización económica y cultural. Ambos se asientan en una historia del cuerpo definida por mandatos y prohibiciones que van configurando la subjetividad y controlando el lugar social que las mujeres –y los hombres– ocupan.

*Doctora en psicología clínica. Especialista en temas de subjetividad femenina, derechos sexuales y reproductivos y ciudadanía de las mujeres.

Este trabajo fue presentado en las Jornadas sobre Salud Reproductiva organizadas por la Organización de Salud Pública de Euskadi, en Bilbao, el 28 de noviembre de 1999.

Nuestras culturas, a través de conceptos tradicionales de la femineidad, determinaron que las vivencias de la sexualidad y maternidad femeninas debían de estar sujetas a la prohibición del conocimiento sobre sí mismas, de la autodeterminación sobre su dinámica y de la definición de su propio valor. El desarrollo de los sujetos femeninos pasa (aunque no exclusivamente) por la recuperación del cuerpo sexual y reproductor, y requiere revertir la prohibición para lograr la apropiación de estos tres procesos. Es este sentido de apropiación el que está encerrado en el reclamo de los derechos sexuales y reproductivos.

El propósito de este trabajo es lanzar una mirada sobre las formas en que los derechos sexuales y reproductivos han sido abordados en el marco de las relaciones de cooperación al desarrollo, presentando algunas de las dinámicas que hoy están en marcha en México, y los actores en pugna en torno a ellas: el gobierno, la Iglesia y el movimiento feminista. Un segundo aspecto del tema se podría plasmar en la pregunta: ¿Cómo traducir nuestro discurso de los derechos reproductivos en proyectos y propuestas desde la óptica del empoderamiento de las mujeres? Y en tercer lugar, como establecer la relación entre contrapartes Norte-Sur, y cómo hacer viables y realistas las propuestas?

Desde estos objetivos, he ubicado el trabajo en México, como país ilustrativo de algunas de las dinámicas latinoamericanas en este tema.

LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO: CONTRADICCIONES E INTERESES EN JUEGO

Como país con influencia en la región, hoy se están jugando en México al menos tres proyectos con intereses contrapuestos en torno a la salud reproductiva. Cada uno de ellos está conectado con las redes de financiamiento tradicionalmente llamadas de cooperación internacional, y tiende lazos a través de todo el país y el continente. Uno de los proyectos es el del Vaticano. Un segundo proyecto es el del Gobierno Federal mexicano, inscrito en la lógica demográfica y de gobernabilidad que emana de los grandes donantes internacionales (bancos y Naciones Unidas). Y un tercer proyecto es el del movimiento feminista, con carácter nacional y vinculado al mismo tiempo con los movimientos de muchos otros países.

El proyecto gubernamental mexicano de salud reproductiva y la cooperación internacional

En México, como en otros países de la región, la cooperación ha sido un factor central para consolidar las políticas de población en áreas como la investigación, la capacitación y la adquisición de suministros, los servicios directos, la ejecución de los programas piloto y la introducción de los temas de población y medio ambiente¹.

Sin embargo, estas actividades, realizadas al servicio de lógicas demográficas, se han caracterizado por priorizar métodos impositivos centrados en poblaciones que no reciben la información suficiente para entender lo que se les está aplicando. Por ello el consentimiento informado se volvió demanda del movimiento feminista, demanda que todavía hoy no ha sido satisfecha.

En los años ochenta se institucionalizan en México los programas en el plano técnico y financiero, y entra en vigor el concepto de Meta, que representa el compromiso que el país establece con el FMI, y que condiciona la ayuda externa a la reducción de las tasas de crecimiento de la población a niveles preacordados. La importancia de la Meta es que funciona a través de estímulos individuales al personal médico y marca los mínimos de cada uno de los diferentes métodos de control a ser aplicados por ellos. La actitud propiciada por la Meta es la de no proporcionar información completa a la paciente, la no presentación de las opciones, la ausencia de un enfoque educativo real. El movimiento feminista mexicano ha peleado contra esa norma de diversas maneras, pero hasta el presente no ha logrado que sea eliminada.

En este sentido un avance importante fue el Congreso organizado a fines de 1999², por la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas para analizar y denunciar las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de que las mujeres indígenas son objeto como resultado de la guerra en Chiapas y de otros procesos que avanzan en el país. Uno de los programas denunciados fue el Progresá, iniciativa gubernamental orquestada en 1998, que entrega dinero en efectivo a las mujeres por enviar a sus hijas e hijos a la escuela. En las zonas indígenas se ha comprobado que el programa condiciona esta ayuda económica a que la beneficiaria se someta a la ligadura de trompas (salpingoclasia)³.

Todo ello habla del carácter ambiguo de la cooperación internacional que pasa por el Gobierno. Mientras que los medios de planificación familiar están más avanzados en México que en otros países, y muchas mujeres se han beneficiado de ellos, otras muchas tienen que estar a la defensiva, en un medio que viola sus derechos despojándolas de su derecho a optar. Recientemente, los organismos de cooperación internacional han adoptado el discurso de la autodeterminación de la mujer. No obstante, no se han pronunciado de forma pública y definitiva en contra de las violaciones a estos derechos.

El proyecto del Vaticano

En México, la jerarquía católica orquestó su campaña de preparación para el Jubileo del año 2000 a propósito de la visita a México de Juan Pablo II. Aunque la guerra no es nueva, la campaña ha adquirido tintes extremados: “Que ningún mexicano se atreva a vulnerar el don sagrado de la vida en el vientre materno”, dijo el Papa cuando llegó al país en enero de 1999. Y desde ahí la estrategia de ataque y agresión.

Esta estrategia no se queda en la campaña en contra del aborto, sino que intenta combatir la filosofía y posiciones feministas en todos los niveles. Llama la atención el volumen de recursos económicos volcados en la campaña, que ciertamente la colocan fuera de los medios nacionales y en el campo de los intereses internacionales.

En respuesta a los tímidos avances gubernamentales en la promoción del condón y de la educación sexual en las escuelas, los obispos han orquestado una serie de medidas para golpear a todos sus oponentes a la vez. Para contrarrestar el efecto de los libros de texto, los obispos han promovido que la Asociación de Padres de Familia difunda un folleto dirigido a las familias y las escuelas, atacando a “las feministas de género”, argumentando que sus tesis podrían llevar a la destrucción del individuo, de la sociedad y de la ética.

Otro instrumento de agresión ha sido las acusaciones públicas repetidas que los obispos han lanzado hacia 30 grupos feministas, que han trabajado durante años con mujeres de todos los niveles socioeconómicos, tildándolos de grupos peligrosos para la sociedad. En los tiempos que corren en México, esto significa abrir el terreno para que cualquier persona se sienta libre de agredir a estos grupos de manera impune⁴.

Por otro lado, en 1998 la presión de los obispos logró detener una propuesta de normatividad oficial que contenía una definición de embarazo que abría la puerta a la posibilidad de interrumpirlo. La misma propuesta incluía la entrega de las pastillas de anticoncepción de emergencia como parte de los servicios institucionales de salud.

Las recientes elecciones de 1999 colocaron a un partido de derecha al frente del país, y antes incluso de que el nuevo presidente accediera a su cargo, grupos de extrema derecha, civiles y gubernamentales, envalentonados por la coyuntura favorable, impulsaron acciones para revertir cualquier condición que facilitara el acceso de las mujeres al aborto. En concreto, el Congreso del Estado de Guanajuato aprobó una reforma legislativa dirigida a penalizar a las mujeres que abortaran por causa de violación. Esta medida logró revertirse por la reacción y movilización generadas en muchos sectores de la sociedad mexicana, movidos por el temor de que éste fuera el inicio de una ola regresiva .

El proyecto feminista en torno a los derechos reproductivos

El movimiento feminista mexicano tiene ya veinte años de experiencia en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y los detenta como una de las más altas prioridades de sus luchas y acciones. En palabras de Pilar Muriedas, directora de Salud

Integral para la Mujer (SIPAM, 1999), el movimiento arribará al nuevo siglo con importantes avances en este campo, expresados en leyes y políticas públicas, y también en una creciente conciencia de esos derechos. Muriedas habla de la lucha contra el conservadurismo, en sus diversas expresiones políticas e ideológicas, como una de las batallas centrales a ganar⁵.

De los múltiples caminos que las mujeres están utilizando para avanzar en el proceso, desde la acción de las ONG, quisiera subrayar aquí tres aspectos: los avances de la investigación inspirada por el feminismo; las experiencias de trabajo directo con las mujeres; y las acciones dirigidas a impactar a las instituciones gubernamentales.

Las experiencias incluidas en el apartado siguiente tienen en común un acercamiento a las mujeres y a los hombres como sujetos con derecho a determinar sus propias formas de vivir su sexualidad y su maternidad, y una búsqueda por encontrar formas de propiciar el fortalecimiento de las mujeres en este proceso.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA ACCIÓN DE LAS ONG

La investigación

Para generar estrategias, es un factor clave conocer la experiencia de las mujeres a nivel de su subjetividad, de sus resistencias al cambio, de los arreglos internos y profundos que ellas elaboran en torno al cambio de los esquemas tradicionales. Asimismo, es necesario conocer las resistencias del sistema social e institucional al cambio de las mujeres. Cada vez más, las mujeres investigadoras en ONG y academias han trabajado en estos campos. Se presentan aquí dos investigaciones como ejemplo.

Una de ellas, realizada por Rivas, Amuchástegui y Ortiz (1999)⁶, se titula “La negociación de los derechos reproductivos en México”, y examina el proceso de apropiación de éstos por parte de las mujeres en el espacio familiar, comunitario y público. Las mujeres que participan en el estudio provienen de estratos socioeconómicos bajos, viven en diferentes partes de la república y participan en grupos de acción y reflexión urbanos, sindicales y de la Iglesia. El enfoque se apoya en entrevistas en profundidad.

Los resultados indican que las mujeres se encuentran en un proceso de validación de su derecho a tomar decisiones sobre su reproducción, y que para realizar esta validación se están basando en tres elementos: primero, en el respaldo y legitimación que les ofrece

el formar parte de un grupo en donde está permitido intercambiar opiniones sobre las estrategias y los conflictos generados en el intento de negociar el ejercicio de sus derechos en sus familias, parejas y entorno. Segundo, el hecho de que la mayoría son mujeres que ya criaron hijos, les dá un sentido de haber cumplido con su deber, y poder ahora disfrutar de una mayor autodeterminación. Y tercero, algunos elementos de las campañas oficiales de planificación y del discurso del personal de salud, les proporcionan un discurso sobre sus derechos, aunque en la práctica éstos no se respeten plenamente.

El estudio profundiza en el concepto de derechos que tienen estas mujeres, que no se apoya simplemente en el hecho de ser seres humanos, sino en algo que se gana o que es otorgado por otros a través del sufrimiento, el trabajo, o como retribución al mal comportamiento de la pareja. Paralelamente, el sentido de la ciudadanía es casi inexistente. Estos, y muchos otros elementos hallados, hablan de la complejidad que debe abordarse en un trabajo grupal de esta naturaleza.

Una segunda investigación ilustrativa se titula “Ser mujer: un riesgo para la salud?”⁷, y retoma los planteamientos de Marcela Lagarde sobre la construcción del sentido de poder en las mujeres aplicado a la salud reproductiva. Las autoras construyen un instrumento de investigación a partir de las entrevistas a mujeres indígenas de seis etnias mexicanas. Después, van relacionando las condiciones de enfermedad con la actitud de las mujeres frente a ellas, desde la actitud de impotencia asumida hasta la apropiación de los medios para enfrentar la enfermedad, análisis del cual derivan un índice de poderío y salud.

La relevancia de estos dos estudios, entre muchos otros que hoy se realizan en México, es que miran la enfermedad desde la óptica de género como relación de poder que marca todos los aspectos de la vida. Desde esta óptica, se están creando nuevos discursos y marcos filosóficos, conceptuales y políticos para acceder al conocimiento, con medidas cuantitativas afinadas y con un nuevo sentido de la complejidad de las cosas. Muchos de los aspectos investigados tienen que ver con procesos subjetivos complejos, con las construcciones simbólicas de la identidad femenina y masculina, y con las formas de representación que van regulando las percepciones, comportamientos, sentimientos, y transformaciones en la identidad femenina. Son por ello planteamientos de fondo que permiten acercarse a las mujeres de nuevas maneras.

También permiten investigar cuestiones de estrategia. Por ejemplo, actualmente en México las mujeres no se acercan a la detección temprana del cáncer cérvico-uterino, después de haber sido objeto de varias campañas de difusión, aunque el país tiene los índices más altos de esta enfermedad en el registro de Naciones Unidas. ¿Cuáles son los temores o las desidentificaciones de las mujeres para este no acercamiento? ¿Por qué no se han apropiado del conocimiento? O bien, ¿cómo hacer que la información y conocimiento racional les llegue a nivel emotivo y práctico?

La cooperación vasca podría entrar en estos temas de varias formas. Una de ellas, por ejemplo, sería la de apoyar la elaboración de tesis profesionales por parte de muje-

res vascas en México o en otros países. De esta manera, tanto el proceso como los resultados servirían a los dos países, desmitificando la dificultad para establecer el nexo entre los dos y aportando bases para acciones y proyectos.

Los proyectos de base: experiencias de trabajo directo con mujeres

Existe una gran carga de evidencia respecto a que la salud sexual y reproductiva se trabaja de manera más efectiva cuando está enmarcada en un conjunto de esfuerzos que permiten a las mujeres ir desarrollando el sentido de apropiación en este ámbito al mismo tiempo que en otros. De esta manera, el discurso de resistencia se integra y adquiere fuerza. En este sentido, se mencionan aquí algunos ejemplos realizados en diferentes espacios y tipos de población, que son fruto de algún tipo de cooperación internacional, y que podrían reproducirse de diferentes formas en otras situaciones.

Programa para mujeres adolescentes: Nicaragua, Costa Rica y Honduras⁸

Este programa, implementado centralmente por ONG y financiado por la UE en tres países de Centroamérica, propuso como su objetivo central el empoderamiento y desarrollo del liderazgo de las mujeres jóvenes y adolescentes. En este marco, los temas de identidad, autoestima y salud sexual y reproductiva emergieron como un conjunto que constituyó una constante de las actividades que se llevaron a cabo: cuestiones laborales, educativas/escolares y otras.

Un ejemplo de esta perspectiva de integralidad está ilustrado por una ONG costarricense, llamada PROCAL, que trabajó en diferentes pueblos rurales. El organismo reunía por separado al grupo de las madres, padres y maestras y, por otro lado, al grupo de las adolescentes, elaborando y profundizando sobre las actitudes hacia la sexualidad de las jóvenes, y sobre las alternativas viables para reducir conflictos. En un segundo momento se promovía la organización de otros sectores de la comunidad con el fin de facilitar su acción sobre los poderes locales para el desarrollo de servicios, espacios de discusión, capacitación, reunión, etc. La valoración del proyecto indicó que este enfoque multidimensional había permitido trabajar con menos conflicto entre las adolescentes y las familias, y había logrado cambios reales en las comunidades.

Otra ONG, Cefemina, también costarricense, trabajó con mujeres jóvenes, convocándolas a la capacitación laboral en vinculación con un instituto profesional, y en este contexto se dieron talleres sobre identidad, violencia, sexualidad, protección contra embarazos no deseados y definición de proyecto de vida.

Durante su segunda etapa, los organismos participantes en el proyecto impulsaron la formación de redes nacionales entre los tres países, para fomentar el liderazgo y visibilizar las demandas y protagonismos de las jóvenes en torno a estos temas⁹.

Del conjunto de esta experiencia se puede decir que generó una masa crítica entre las ONG, que en el contexto de la coordinación y análisis del programa se vieron involucradas en la discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos, y sensibilizadas a la necesidad de su integración en todos los proyectos y dinámicas. La multidimensionalidad que integran estos temas “prohibidos” con otros temas ya legitimados, reduce (no elimina) la amenaza y el conflicto. El manejo simultáneo, paralelo y coordinado de temas de salud reproductiva en varios proyectos generaliza la experiencia y no permite que ninguna institución sea estereotipada o estigmatizada por el manejo de un tema específico. Finalmente, la visibilidad generada por el programa aumentó la legitimidad del tema para ser aceptado por el resto de la población y por la opinión pública.

Sexualidad y sida

Una iniciativa interesante fue impulsada en 1997 por SISEX (Sistema Nacional de Promoción y Capacitación en Salud Sexual, A.C.) ONG dedicada a los temas de sexualidad y sida. Este colectivo lanzó una convocatoria muy amplia a otras ONG a nivel nacional, invitándolas a reflexionar sobre la necesidad de integrar estos temas en el marco de sus trabajos, y ofreciendo sus servicios para la facilitación de los talleres.

Sorpresivamente, se obtuvo una impresionante respuesta, y a partir del segundo año surgió una red de grupos participantes en los talleres. Actualmente la solicitud de talleres continúa y existe un programa de formación de promotores para dar respuesta a la demanda.

Uno de los aspectos específicos de este proyecto es el impulso al condón femenino, como “la doble defensa”, frente al VIH-sida y frente al embarazo. Mientras que muchas mujeres lo encuentran incómodo, otras lo viven como un instrumento que les proporciona un sentido real de control sobre la situación y no les genera problemas secundarios. El proyecto promueve la importación del condón de manera no oficial, ya que éste no se produce en México ni lo importa la institución oficial de salud. La facilitación de esta importación también podría constituir materia de cooperación internacional.

El impulso a la masculinidad no agresiva como proyecto

Un proceso que va generando legitimidad es el de los hombres que reflexionan sobre la construcción de una masculinidad no dominante y agresiva. Varias ONG¹⁰ han trabajado en la introducción de este tema en grupos sólo de hombres o en grupos mixtos. En estos, se combina la reflexión de mujeres y hombres por separado y después conjuntamente, hasta alcanzar una profundización en la forma en que cada uno de ellos ve al otro y las implicaciones que estas percepciones tienen para el cambio.

Uno de los grupos, que ha formado el Laboratorio de Exploración de la Masculinidad¹¹, incorpora conceptos de salud mental y analiza las manifestaciones de enfermedad y salud física, sexual y reproductiva en el marco de los roles y trabajos tradicionales. Este tipo de reflexión se ha realizado con comunidades cristianas de base, con hombres *golpeadores* que acuden a los centros por denuncias de sus esposas, con promotores que trabajan en organización comunitaria. Esta propuesta ha tenido una recepción importante en algunas experiencias con madres y padres de familias, a partir del trabajo con los niños en edad escolar. El Colectivo de Hombres No Violentos también posee una larga experiencia en este campo (Cervantes, 1998)

Los servicios directos de atención médica y la salud reproductiva

En zonas donde las instituciones de salud pública no tienen servicios adecuados de salud reproductiva, frecuentemente las ONG feministas en América Latina han establecido servicios de atención médica que buscan no solamente remediar los problemas, sino también ofrecer un modelo de atención diferente del que dan las instituciones, promoviendo la organización de las mujeres en torno a la obtención de los servicios, la autoprotección y el empoderamiento en las relaciones personales. En este contexto, la formación de promotoras, la formación y legitimación de las parteras, la accesibilidad a los servicios para la atención a la salud de las y los adolescentes, son aspectos que ya se han ido profundizando.

Existen algunas experiencias en las que el Centro de Salud Reproductiva ha logrado establecer una interlocución real con las instituciones y poderes locales, incidiendo en sus prácticas y políticas. Un ejemplo de este proceso es el proyecto de Sipam (Salud Integral para la Mujer), ONG que puso en marcha, con fondos de la cooperación internacional y en coordinación con el Instituto de Salud oficial, un sistema de unidades móviles para atender a las colonias populares en el Distrito Federal.

Finalmente, es necesario señalar la importancia de reforzar las experiencias de las redes que han permitido al movimiento social de mujeres visibilizar la problemática, generar denuncias y ejercer presiones. Un ejemplo de este proceso es la Red de Salud mexicana, integrada a partir del trabajo de grupos feministas y de lucha contra el sida en México, que ha logrado cuestionar y exigir de las instituciones del Estado prácticas diferentes en torno a diversas problemáticas. Uno de sus instrumentos, por ejemplo, ha sido la organización anual de un tribunal para denunciar y enjuiciar públicamente la violación de los derechos sexuales y reproductivos. La Red ha permitido introducir propuestas legislativas en torno al sida, ha participado en la elaboración de la ley oficial sobre salud reproductiva, y ha redactado informes alternativos para organismos internacionales que den cuenta de la situación real de las mujeres, frente a los informes oficiales que la encubren.

Como conclusión de este apartado podríamos decir que desde el movimiento feminista se ha logrado introducir un nuevo discurso y una amplia gama de iniciativas que buscan empoderar a las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Promueven la organización de servicios o facilitan el acceso de aquéllas a éstos; buscan las formas de generar en mujeres y hombres el deseo del saber y la necesidad de establecer el dominio sobre sus cuerpos y sus relaciones personales y sociales; y promueven la movilización con el fin de ganar control sobre los procesos. Muchos de estos proyectos han sido respaldados por organismos de la cooperación internacional (ONG del Norte) que no condicionan ni imponen sus formas sobre las ONG ejecutoras o sobre las poblaciones.

LAS ALTERNATIVAS DE LA COOPERACIÓN VASCA EN TORNO A LA SALUD REPRODUCTIVA

Incidir de un país a otro en un área de la vida que ha sido silenciada por los tabúes y las dinámicas tradicionales de poder entre mujeres y hombres, es una tarea que merece un cuidadoso diseño de estrategia. Algunos aspectos tendrían que considerarse de manera particular.

Las resistencias

Existen obstáculos que surgen de la falta de convicción o claridad de las propias ONG del Norte que reciben las solicitudes de financiamiento y canalizan los fondos. Las ONG europeas frecuentemente consideran esta dimensión de la salud como algo circunstancial, no de vida o muerte, como son la desnutrición o las enfermedades contagiosas. Esto evidencia la gran ignorancia que existe en este campo, y la necesidad de ir desarrollando e informando al respecto.

Otro tipo de resistencias emerge de las organizaciones y agencias que piensan que introducir preocupaciones sobre salud reproductiva es un atentado contra los patrones culturales de las comunidades y constituyen un arma del imperialismo primermundista. Esto sucede de manera especial en casos de zonas indígenas de América Latina, o en las culturas fundamentalistas de diversos países africanos.

Es fundamental que las mujeres feministas impulsen cambios en las percepciones de las ONG del Norte para combatir ambos tipos de resistencia —el desinterés resultante de no ver esta problemática como eje nodal de muchas otras, y la sacrali-

zación de la opinión de los líderes masculinos de una comunidad, como si la opinión de los líderes sintetizara y agotara todas las necesidades de la población y sus expresiones culturales. En muchas comunidades indígenas, las mujeres están excluidas de las asambleas comunales, y es responsabilidad de la agencia u ONG donante comprender las condiciones de vida de esta parte femenina de la población y no aliarse ciega o irresponsablemente con la población masculina o con el grupo de hombres dirigentes.

Ciertamente, no se trata de que la ONG o el colectivo que transmite fondos, o que toma iniciativas para ofrecerlos, llegue a una comunidad imponiendo proyectos a cambio de dinero. Pero sí podría tratarse de que llegue con información, con claridad en torno a la perspectiva de género, a la democracia y a los procesos comunitarios. Que llegue en actitud de respeto y que solicite poder escuchar de manera amplia e incluyente a los diferentes grupos que integran una comunidad. De esta manera su cooperación no contribuiría a abrir más las brechas entre grupos sociales desiguales, como son hombres y mujeres, sino a fortalecer a aquellas y aquellos que en esa comunidad no tienen voz ni recursos.

La estrategia integral

Típicamente en las comunidades donde las necesidades de salud reproductiva son mayores, es más complejo para las mujeres acceder a información y servicios, porque las costumbres tradicionales lo dificultan.

En estas comunidades, es necesario desplegar estrategias integrales y de mediano plazo, en las cuales la salud reproductiva sea parte de otras medidas que se refuerzan y sostienen entre sí. Es necesario que se planifique en varias etapas, que considere cuidadosamente quién es el grupo beneficiario y de qué manera se podría facilitar el empoderamiento de éste, cómo legitimar las acciones, superar las resistencias e identificar los puntos de entrada más viables.

Puntos de entrada: experiencias que ya están en marcha

Las ONG europeas que deseen iniciar un proceso de cooperación en este campo, podrían hacerlo apoyando proyectos que ya contengan algunos aspectos de género y de salud reproductiva. A través del respaldo a proyectos que ya lograron un reconocimiento, como son todos los descritos en el apartado anterior, el organismo europeo podría conocer el proceso ya avanzado, dialogar con la ONG implementadora y la organización o grupo destinatario sobre las necesidades de éste, plantear interrogantes, y evaluar los resultados. También permitiría entender la argumentación legitimadora del proyecto ante la comunidad y las reacciones de ésta, para utilizar la experiencia en otros países o regiones.

Conocer el campo de la salud y de las ONG y organizaciones implementadoras en cada región

Es frecuente que los organismos europeos reciban proyectos para los que no poseen un estudio de contexto amplio o un diagnóstico de necesidades. Pueden no conocer la legitimidad de un grupo solicitante o su capacidad de ejecución. Tal vez desconocen las experiencias previas realizadas en la zona y su implicación para el proyecto que se solicita.

El desarrollo de procesos de cooperación en salud reproductiva se vería fortalecido si fuera precedido de algunas iniciativas de investigación para la identificación del estado de la cuestión en una determinada región: identificación de agentes sociales involucrados; problemas y necesidades definidos; organizaciones del movimiento de mujeres; y resistencias potenciales a proyectos de este tipo, entre otros aspectos.

Estas investigaciones podrían facilitarse financiando el trabajo de tesis de estudiantes o pasantes europeas, que acudan a las regiones de interés y trabajen con estos objetivos en colaboración con grupos feministas u ONG ejecutoras que tengan experiencia en la región.

Otra alternativa es solicitar que una ONG local, experta en cuestiones de salud reproductiva, sea financiada para realizar el estudio de identificación en el área priorizada por las ONG. De esta forma las ONG tendrían un conocimiento más amplio y afinado de las posibilidades de acción, podrían establecer prioridades, y entrar en diálogo con las y los actores con los cuales haya más afinidad.

¿Quién es el grupo beneficiario y de qué manera se empodera?

Una política feminista de cooperación en salud reproductiva tendría en mente el fortalecimiento –empoderamiento– de los grupos o sectores a quienes apoya. Para lograrlo es fundamental seleccionar ONG implementadoras y grupos sociales con quienes sea posible entablar una relación para poder adueñarse del conocimiento, la fuerza y la capacidad de conducir la planificación de acciones y hacer un seguimiento del proceso.

Como ayuda para mantener este aspecto en mente podríamos recordar los cinco elementos que Sara Longwe incluye en el proceso de empoderamiento¹²: la existencia de recursos y servicios (componente de atención/beneficencia); el acceso a éstos, superando discriminaciones y dificultades de género; la concienciación en torno a las causas y consecuencias de la problemática de la salud reproductiva, incluyendo las relaciones de poder entre los géneros; la participación individual y colectiva en decisiones sobre la propia salud; y, finalmente, el control sobre los procesos que regulan el acceso a la salud. Esto último incluiría el acceso a la información, servicios, recursos y alimentos, relaciones de pareja, dinámicas institucionales, etc. Todo ello implica necesariamente que los grupos y sectores participantes en un proyecto alcancen la capacidad de autoorganizarse e iniciar una acción colectiva desde una posición de sujeto.

Las solicitudes que las organizaciones sociales envían para el apoyo a la salud no siempre indican si el proyecto se propone respaldar este tipo de empoderamiento del grupo llamado beneficiario. Frecuentemente las organizaciones requieren servicios para sus integrantes mujeres, o para las poblaciones sobre las que tienen influencia, pero no permiten o fomentan la concienciación de mujeres y hombres sobre las causas de la enfermedad, que no estriban solamente en la pobreza o en las carencias materiales. Por ejemplo, existe una profunda relación entre la enfermedad en las mujeres y la experiencia de violencia en el contexto de la maternidad y la sexualidad; entre la salud física/emocional y el empoderamiento individual en la relación de pareja y familia. Un acercamiento a la salud desde esta perspectiva puede amenazar o cuestionar patrones tradicionales de relación y trato hacia las mujeres.

Es importante por ello valorar el potencial de transformación que encierra cada proyecto de salud reproductiva para crear condiciones en que las mujeres generen y fortalezcan su sentido de derecho a la salud y a todas las situaciones que dan soporte a ésta; condiciones que legitimen la idea de que los hombres deben responsabilizarse de su propia sexualidad y vida reproductiva, y que son capaces de hacerlo; condiciones para adquirir destrezas, fortalecerse individualmente, organizarse, afectar decisiones, y crear fuerza colectiva.

Los aparentes dilemas entre la salud materno-infantil y la salud reproductiva

En lugares y regiones donde han existido programas de salud materno-infantil y se han formado promotores, es frecuente que éstos sean hombres y que hayan constituido organizaciones con presencia y fuerza considerables. También es frecuente que estas organizaciones se sientan amenazadas por la aparición de programas de salud reproductiva que, hasta la fecha, se han dirigido más hacia la población femenina, y ponen un acento especial en la participación de las mujeres, como pacientes y como agentes.

Existen experiencias que ilustran las dificultades de las ONG especializadas en salud materno-infantil para aceptar la salud reproductiva. En el caso de las ONG que trabajaban con ACNUR en Chiapas¹³, superar las resistencias implicó el despliegue de varias acciones paralelas: trabajar con los profesionales y promotores de salud para ofrecerles una visión integradora a través de talleres y cursos; impulsar diagnósticos participativos, conducidos por mujeres y hombres de la comunidad o cercanos a ésta, para obtener evidencias de la situación real de salud-enfermedad de las mujeres y poner en evidencia la situación de descuido producido en la salud de las mujeres; vigilar los programas para evitar procesos escondidos de sabotaje de las acciones de salud reproductiva; impulsar coordinaciones entre ambos equipos de salud; sostener un nivel de estatus comunitario para los hombres promotores de salud, y reducir su defensividad.

En las comunidades, en general, es necesario: sensibilizar, realizar reuniones de información y coordinación sobre el tema; promover la generación de un discurso y

argumentación aceptables para todos; impulsar cursos de identidad para mujeres y para hombres (sobre masculinidad, entre otros temas), y promover cursos técnicos sobre salud reproductiva.

La estrategia de alianzas

Alianzas Norte-Norte. La coordinación entre ONG europeas interesadas en promover acciones de cooperación en el ámbito de la salud reproductiva puede ser una fórmula importante para lograr un impacto más significativo que el de las actividades fragmentadas o los apoyos muy reducidos. Los organismos podrían coordinarse para reforzar acciones tales como la elaboración de estudios de contexto, diagnósticos participativos, el envío de recursos humanos para la capacitación técnica, la instalación de servicios, o el apoyo a la coordinación entre grupos comunitarios y ONG para el intercambio de experiencias.

Este tipo de coordinaciones podrían producir avances e impactos interesantes en las acciones de salud reproductiva, desde una perspectiva de equidad de género, en regiones donde una sola institución carecería de la fuerza y recursos para ello.

Las alianzas Norte-Sur, por otra parte, establecidas entre organismos de una y otra región, son determinantes para asegurar la sostenibilidad de los trabajos. Ambos requieren fortalecerse y adquirir nuevas capacidades, y el intercambio entre ellos puede ser complementario y generar nuevas ideas para la cooperación mutua. Aunque existe amplia experiencia de relaciones de cooperación en el nivel de los organismos no gubernamentales europeos, el tema de la salud reproductiva no se ha promovido entre éstos, y sería necesario impulsar intentos más sistemáticos.

COMO CONCLUSIÓN

A pesar de los avances logrados por las mujeres en el ámbito del ejercicio de sus derechos reproductivos, falta mucho campo por cubrirse. Existe todavía un profundo desconocimiento de las necesidades y deseos de las mujeres del sur —a veces también de las del norte—. En el terreno de la cooperación, la coordinación de las ONG del norte entre sí, y particularmente las mujeres feministas con movimientos sociales y organismos afines, y el afianzamiento de sus vínculos con las del Sur, es un factor decisivo para continuar transformando mentalidades y desarrollando recursos que las mujeres —y los hombres— del Sur puedan hacer suyos. Será un reto del milenio que esta cooperación no sea impositiva, que contribuya a la democratización de las relaciones entre mujeres y hombres, y que fomente el ejercicio de sus derechos y de su libertad.

Referencias bibliográficas

- AMUCHASTEGUI, A. (1998) "Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos", en Sasz, Y.; Lerner, S. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.: El Colegio de México.
- BARRANCO, B. (1999) *Revista Conscience*, Nueva York, enero.
- CERVANTES, F. (1998) *Coriac: Reflexiones de una experiencia de trabajo con hombres que se reconocen violentos*. México, DF.: Mimeo.
- HERRERA, O., DE KJEIZAR, B., REYES, E. (1998) *Salud y géneros: Una experiencia de educación popular en salud con hombres y mujeres*, México.
- GONZALEZ, E. (1995) *Conservadurismo y Sexualidad en México*. México, Rayuela Editores, 1994.
- LONGWE, S. (1989) *La conciencia de género: Elemento ausente en los proyectos de desarrollo del tercer mundo*. Helsinki: FINNIDA.
- LOZANO, I. (1999) *Género y refugio*. México: ACNUR.
- MURIEDAS, P. (1999) *Avances del movimiento feminista por la salud de las mujeres en México*. México, DF.: Mimeo.
- Programa "Mujeres adolescentes", *documento de proyecto*. UE, 1996-1998.
- Programa "Mujeres adolescentes", Informe final. UE, Costa Rica, 1998.
- RIVAS, M. "La negación de los derechos reproductivos en México"; en Sasz, Y.; Lerner, S. (1998) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D. F.: El Colegio de México.
- SAYAVEDRA, G. (1998) *Ser mujer: Un riesgo para la salud?* México D. F.: Red de Mujeres.
- ROSENBAUM, R. (1998) "El papel de la cooperación internacional en los programas de salud reproductiva", en *Memoria de la reunión regional sobre salud reproductiva en América Latina*, México: FNUAP

Notas

1. Durante los años setenta y ochenta, las agencias que en mayor medida apoyaron los programas de población en el país fueron la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, y el Fondo de Población de Naciones Unidas. Como organismos no gubernamentales, en México estuvieron la Fundación Ford, Rockefeller, Population Council, Federación Internacional para la Planificación de la Paternidad y otros. Detrás de varias de estas ONG ha estado la Agencia Internacional para el Desarrollo, y detrás de ésta el Departamento de Estado Norteamericano (*Memoria de la reunión regional sobre salud reproductiva en América Latina*, UNFPA, México, 1998). El apoyo del FNUAP de Naciones Unidas a México pasó centralmente a través de un organismo llamado Mexfam y tuvo como objetivo la expansión de los servicios de planificación familiar. Durante la década de los noventa, de manera más directa, asesora al Gobierno mexicano en planificación de los servicios de salud reproductiva en los

estados de la república. Tradicionalmente este tipo de cooperación ha obedecido a objetivos e intereses demográficos, respondiendo a lógicas neomalthusianas. Éstas han teñido el tipo de actividad que la cooperación ha desarrollado, centrada fundamentalmente en la investigación operativa, que permite probar las grandes estrategias antes de su implementación en gran escala; el diseño de mecanismos y contenidos para la capacitación de recursos humanos; y la investigación sociodemográfica que permite conocer las características de hombres y mujeres en materia de salud reproductiva.

2. Congreso Nacional sobre los Derechos Reproductivos, 11 de octubre de 1999, realizado en el Hotel Ejecutivo de México, D.F.
3. Grupos feministas mexicanos, que participan en la Campaña “El Banco Mundial en la Mira de las Mujeres”, están realizando una investigación sobre este tema.
4. Barranco, B. (1991) *Revista Conciencia*, Nueva York, enero.
5. Muriedas, P. (1999) *Avances del movimiento feminista por la salud de las mujeres en México*. México, D. F: Mimeo.
6. En Sasz, I.; Lerner, S. (1998) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.: El Colegio de México.
7. Sayavedra, G. (1998) *Ser mujer: Un riesgo para la salud?* México D.F.: Red de Mujeres.
8. Programa “Mujeres adolescentes”, documento de proyecto. UE, 1996-1998.
9. Informe final de actividades, “Programa mujeres adolescentes”. UE, Costa Rica, 1998.
10. Herrera, O., de Kjeizar, B., Reyes, E. (1998) *Salud y géneros: Una experiencia de educación popular en salud con hombres y mujeres*. México (El Colectivo de Hombres No Violentos también posee una larga experiencia en este campo).
11. Grupo Salud y Género, A.C.
12. Longwe, S. (1989) *La conciencia de género: elemento ausente en los proyectos de desarrollo del tercer mundo*. Helsinki: FINNIDA.
13. Lozano, I. (1999) *Género y refugio*. México D.F.: ACNUR.