

USAID/MÉXICO

**PROGRAMA PARA LA POBLACIÓN,
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y
SALUD REPRODUCTIVA**

1992 - 1999

Índice

2

Resumen

4

Introducción

5

El contexto mexicano

7

Apoyo de USAID durante 20 años

10

Logros del programa

20

Dificultades pendientes

22

Lecciones aprendidas

26

Conclusión

27

Apéndice

28

Agradecimientos

USAID/MÉXICO

**PROGRAMA PARA LA POBLACIÓN,
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y
SALUD REPRODUCTIVA**

1992 - 1999

RESUMEN

Durante más de dos decenios, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) brindó a México asistencia en sus programas de población, planificación familiar y salud reproductiva. Entre 1992 y 1999, último período en que se prestó dicha asistencia, la estrategia de la agencia se concentró en ayudar a que México alcanzara un aumento sostenible en el uso de anticonceptivos mediante un mejor acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva de mayor calidad, sobre todo en las zonas rurales. A tal efecto, apoyó a cuatro instituciones del sector público –el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y la Secretaría de Salud (SSA)– así como a dos organizaciones del sector

privado: la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) y la Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario (FEMAP).

Como parte de la estrategia de USAID, la asistencia se destinó al sector público de nueve entidades federativas prioritarias, a la consolidación de actividades, a la movilización de recursos propios del país y a la coordinación de la asistencia a la población, mientras que a su vez se logró simplificar la administración del apoyo prestado por USAID. Con la ayuda de la agencia, el sector público de México logró un mayor protagonismo en la prestación de servicios de planificación familiar y salud reproductiva, atendiendo a casi el 75 por ciento de los usuarios. Las iniciativas para llegar a las poblaciones rurales subatendidas contribuyeron a cerrar la brecha en el uso de anti-

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

conceptivos entre la población rural y la urbana. La capacitación de promotores produjo un aumento en el uso de métodos quirúrgicos y del dispositivo intrauterino (DIU). El mayor número de actividades para promover la información, instrucción y comunicación logró crear más conciencia en cuanto a los métodos anticonceptivos. Se realizaron denodados esfuerzos para prestar servicios a los adolescentes y para hacer hincapié en el contexto de la salud reproductiva como parte de la planificación familiar. Las medidas que adoptó el gobierno para mejorar los consentimientos informados y para aumentar la demanda informada también contribuyeron a mejorar los servicios.

En cuanto al sector privado, tanto MEXFAM como FEMAP ampliaron sus programas y dejaron de depender tanto de la asistencia proveniente de donantes. Creció el programa de centros médicos de MEXFAM, logrando así un aumento en el número de centros y servicios prestados, así como en el ingreso proveniente de dichos centros. Las utilidades que produjeron los centros se destinaron a mejorar los programas sociales que MEXFAM ofrece a las poblaciones subatendidas. Durante este período, MEXFAM redujo su dependencia de los donativos y se hizo más autosuficiente gracias a los beneficios provenientes de la venta de sus servicios. FEMAP también multiplicó su número de filiales, de promotores comunitarios, así como el número de personas que se beneficiaron de sus actividades de información, instrucción y comunicación. El ingreso de FEMAP registró un aumento impresionante,

debido en especial al incremento considerable de ventas y del ingreso proveniente de los servicios médicos.

México dispone, en términos generales, de una infraestructura de servicios de salud en buen estado, instituciones competentes, programas sólidos, así como la voluntad política para garantizar que todos los mexicanos reciban servicios de calidad. No obstante, aún quedan obstáculos en el camino. Las personas en zonas rurales aisladas, los grupos indígenas, los adolescentes e indigentes van a la zaga con respecto al resto del país en cuanto al acceso a servicios de buena calidad para la planificación familiar y salud reproductiva, servicios de los que dispone la mayoría de la población mexicana. Cuando la asistencia de USAID llegue a su fin, será más difícil, y no por ello menos apremiante, atender las necesidades de dichos grupos.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

INTRODUCCIÓN

A partir de 1978, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) proporcionó durante 20 años asistencia al gobierno de México y a organizaciones del sector privado en apoyo a sus programas de población, planificación familiar y salud reproductiva. Durante muchos años la asistencia en asuntos relativos a la población fue el elemento más importante del programa de USAID en México. Se consideraba importante en el ámbito mundial y complementaba los objetivos de la política exterior de Estados Unidos. Entre 1992 y 1999, último período en que USAID prestó su asistencia, los objetivos se dirigieron a la reducción del apoyo y al

aumento de la autosuficiencia. En septiembre de 1998 llegó a su fin la asistencia al sector privado y en marzo de 1999 la asistencia al sector público.

En el presente folleto se presenta un resumen de la última etapa del programa de asistencia de USAID y pretende ofrecer a directores de programas, formuladores de política y donadores información sobre el programa que dicha agencia promovió en México. Presenta lecciones que tal vez puedan aplicarse a otros contextos y señala las dificultades que persisten. Si desea más información, véase el informe en su versión completa titulado *USAID/Mexico Program of Collaboration in Family Planning and Reproductive Health, 1992-1999*.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

EL CONTEXTO MEXICANO

México es el segundo país más poblado de América Latina y el Caribe, y en 1999 contaba con más de 98 millones de habitantes. Si bien dicha población equivale a casi el doble de habitantes que había en el país en 1970, la tasa anual de crecimiento demográfico ha registrado un descenso constante en los últimos 30 años, pasando del 3,3 por ciento en 1970 al 1,8 por ciento en 1999. Dicha caída es atribuible principalmente a la reducción de la fecundidad. En 1970, las mexicanas tenían un promedio de 6,8 hijos. En 1999, el índice total de fecundidad había descendido a cerca de 2,5 hijos por mujer. Debido a los altos índices de fecundidad que se han registrado en el pasado y a la reducción de la mortalidad, también es cierto que la población de México es relativamente joven. Esta población joven y en crecimiento seguirá imponiendo demandas que pesarán durante muchos años sobre la infraestructura económica y el sector terciario del país.

Casi el 75 por ciento de la población vive en zonas urbanas. Año tras año, muchos mexicanos se desplazan de las zonas rurales, cada vez más destruidas, a las zonas urbanas en busca de empleo. Se calcula que en las zonas rurales un 66 por ciento de la población está subempleada o desempleada. El producto interno bruto de México asciende a 3.840 dólares estadounidenses per cápita, pero representa un promedio nacional detrás del cual se oculta la gran disparidad en ingresos y en calidad de vida que existe en el país.

En 1999, el gobierno de México reconocía la adopción de programas y políticas encaminados a reducir la fecundidad y el crecimiento demográfico, pero hasta 1972 era de la opinión de que el crecimiento de la población era positivo. México disfrutó,

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

entre 1940 y 1970, de una estabilidad política y crecimiento económico. No obstante, a finales de los años sesenta y principios de los setenta, el rápido crecimiento demográfico estaba afectando el desarrollo del país. El

*H*oy por hoy, cerca del 90 por ciento recibe servicios del sector de salud.

presidente Luis Echeverría Álvarez fundó en 1974 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) al que se encomendó la supervisión del programa nacional de planificación familiar que funcionaba con fondos del gobierno.

El CONAPO creó en 1977, bajo la dirección del presidente José López Portillo, su primer programa de población cuyo propósito manifiesto era disminuir el índice de crecimiento demográfico mediante la reducción de la tasa de fecundidad y el fomento de la distribución de la población por todas las regiones. Los gobiernos subsiguientes de los presidentes Miguel de la Madrid y

Ernesto Zedillo continuaron la tarea de alcanzar los mismos objetivos.

A mediados de los años noventa la gestión del presidente Zedillo actualizó la política nacional de población e hizo de la salud reproductiva su piedra angular. México fue uno de los primeros países del mundo en adoptar el método integrado de la salud reproductiva que fue promovido en 1994 durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). El gobierno ajustó en 1995 los objetivos que se había propuesto para 2000: reducir el índice anual de crecimiento demográfico al 1,75 por ciento, disminuir a 2,4 la tasa total de fecundidad y lograr un índice de uso de anticonceptivos del 70,2 por ciento. El gobierno del presidente Zedillo insistió también en reformar el sector de la salud, adoptando más medidas gubernamentales dirigidas a descentralizar dicho sector y ofreciendo paquetes básicos de servicios de salud a segmentos de la población que en el pasado habían sido subatendidos.

Durante el decenio de los años noventa, México logró avanzar a pasos agigantados en la consecución de sus objetivos en materia de demografía: cerca del 90 por ciento recibía servicios del sector de salud. La noción del tamaño ideal que de la familia tenía la mujer disminuyó de 4,5 hijos en 1976 a 3,1 en 1995, y 2,9 en 1997. Hubo más mujeres que se valían de anticonceptivos para planificar la procreación. El índice de uso de anticonceptivos entre mujeres

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

casadas aumentó del 63,1 por ciento en 1992 al 68,4 en 1997. Un 73 por ciento de ellas recibía anticonceptivos y servicios informativos del sector público. A pesar de lo anterior, de los 32 estados que componen la República Mexicana, había varios a la zaga con respecto al promedio nacional de uso de anticonceptivos. Muchas mujeres en zonas rurales, adolescentes, grupos indígenas e indigentes todavía necesitaban mayor acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

COOPERACIÓN ENTRE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA SALUD REPRODUCTIVA

En 1978 USAID apoyó por primera vez el programa de población de México. Durante muchos años USAID fue el principal donante extranjero que aportara fondos a los programas mexicanos de planificación familiar; la contribución anual promedio que la agencia efectuó entre 1985 y 1995 fue de 10 millones de dólares estadounidenses. En 1996 la asistencia de Estados Unidos ascendió a 13 millones de dólares, o sea alrededor del 10 por ciento de los 124 millones de dólares que México asignó a su presupuesto nacional para la planificación familiar.

La asistencia de USAID fue proporcionada por conducto de aproximadamente 20 organizaciones no gubernamentales con

sede en Estados Unidos (llamadas agencias colaboradoras) que se ocupan de asuntos relativos a la población. Estos grupos brindaron a su vez asistencia técnica y financiera a las organizaciones gubernamentales de México y a MEXFAM y FEMAP, dos organizaciones no gubernamentales (véase el cuadro en la página 9).

1992-1999: ÚLTIMA ETAPA DE ASISTENCIA PROVENIENTE DE USAID

En 1991 la USAID elaboró una estrategia quinquenal para la población (1992-1997) que sirvió para dirigir la última etapa de asistencia a México en asuntos demográficos. Se preparó un memorándum de entendimiento a fin de establecer las pautas por las que se regiría la cooperación entre México y los Estados Unidos durante di-

cho período, y de coordinar las actividades entre los diferentes grupos clave. Las dependencias principales del sector público signatarias del memorándum eran el CONAPO, IMSS, ISSSTE y la SSA. Además, la USAID inició en 1992 un proyecto con dos grupos del sector privado, MEXFAM y FEMAP.

Durante muchos años USAID fue el principal donante extranjero que aportara fondos a los programas mexicanos de planificación familiar.

La estrategia de la USAID durante este período era ayudar a que México lograra un aumento sostenible en el uso de anticonceptivos mediante un mejor acceso a servicios de calidad para la planificación familiar y salud reproductiva, en especial en las zonas rurales. La estrategia constaba de cuatro elementos fundamentales:

■ **Dirigir la asistencia al sector público en nueve entidades federativas de bajos ingresos y con zonas principalmente rurales**

La asistencia de la USAID concedida a las instituciones públicas se concentró en los siguientes estados a los que se les dio prioridad: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz. El CONAPO escogió estos estados predominantemente rurales con altos índices totales de fecundidad y mortalidad infantil a fin de optimizar los beneficios derivados de la asistencia ofrecida por USAID. La asistencia otorgada al sector privado se concentró en poblaciones

subatendidas de bajos ingresos en todo el país.

■ **Destinar recursos a menos actividades**

Los recursos de la USAID se destinaron a actividades que, si bien no eran tan numerosas, surtieron más efecto, tales como, entre otras, el mejoramiento de los servicios clínicos para la planificación familiar y la calidad de la atención; ampliación de los sistemas de distribución comercial de los métodos anticonceptivos de efecto temporal; intensificación de las campañas de información y comunicación; y refuerzo de las capacidades de investigación y evaluación. La USAID también redujo el número de organizaciones que ofrecían asistencia técnica en México, pasando de 20 en 1992 a 14 en 1998 y 7 en 1999.

■ **Movilización de recursos nacionales**

La reducción paulatina, que empezó a efectuarse a principios de 1997, de la asistencia de la USAID a México, constituyó un elemento clave del acuerdo. (Posteriormente se otorgó una prórroga hasta marzo de 1999, fecha en que concluyó oficialmente el programa). El gobierno de México, por su parte, se comprometió a aumentar paralelamente los fondos públicos asignados a actividades relativas a la población. En el sector privado, la USAID se fijó como meta propiciar la transformación de MEXFAM y FEMAP a entidades autosuficientes.

■ **Coordinar la asistencia demográfica y simplificar la administración de los recursos de USAID**

La USAID optó por brindar asistencia técnica y conceder una cantidad limitada

COLABORADORES PÚBLICOS Y PRIVADOS DE USAID EN MÉXICO

COLABORADORES DEL SECTOR PÚBLICO

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) está a cargo de los programas de población y educación. Asimismo, promueve y lleva a cabo investigaciones demográficas y sociales. Además de contar con una secretaría central, el CONAPO funciona de manera descentralizada a través de sus Consejos Estatales de Población (COESPO) que reciben apoyo financiero de los estados.

El **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** brinda servicios sociales a los empleados del sector privado y las poblaciones necesitadas que radican en las zonas tanto urbanas (IMSS) como rurales (IMSS-Solidaridad).

El **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)** presta servicios a los empleados del gobierno y a los que ejercen el magisterio.

La **Secretaría de Salud y Asistencia (SSA)** coordina el programa nacional de salud y se encarga de prestar servicios a todos aquellos que no los reciben del seguro social.

COLABORADORES DEL SECTOR PRIVADO

La **Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM)** es la filial mexicana de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Ofrece servicios en las zonas necesitadas de 32 ciudades y regiones indígenas.

La **Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario (FEMAP)**, con sede en Ciudad Juárez, es una alianza de organizaciones privadas para la planificación familiar con presencia en las zonas pobres de 87 ciudades y en miles de comunidades rurales.

de anticonceptivos a seis organizaciones mexicanas que participaban en las actividades de la población y estableció una Oficina para el Desarrollo de la Población a cargo de supervisar la distribución de dicha asistencia. *Pathfinder International* se ocupó de la coordinación de asignación de los fondos dirigidos al sector público, ayudó a que las instituciones públicas consiguieran asistencia especiali-

zada de las agencias colaboradoras y contribuyó en las actividades de supervisión y evaluación. En el sector privado, la IPPF/WHO (Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Oeste) se encargó de coordinar la distribución de los fondos. Si bien hubo traslape de actividades, un grupo de agencias colaboradoras se dedicó al sector público y otro al sector privado.

LOGROS DEL PROGRAMA

En la última etapa de apoyo que la USAID brindó a México en materia de la población, fueron tres los puntos centrales:

- mejorar el acceso a servicios;
- mejorar la calidad de los servicios; y
- lograr que los programas del sector privado fueran sostenibles.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Si bien la mayoría de las parejas mexicanas se valían de anticonceptivos para la planificación familiar, existía una pronunciada disparidad en el uso de anticonceptivos entre las zonas rurales y urbanas, entre mujeres con distinto nivel de escolaridad y según el estado en que residían. Con el propósito de corregir algunas de esas diferencias y mejorar el acceso a servicios para beneficio de los sectores de la población

más difíciles de atender, la USAID y el gobierno mexicano dirigieron la asistencia hacia nueve estados prioritarios.

El número de centros de salud del sector público en México aumentó entre 1993 y 1997 a razón del 17 por ciento, pasando de 13.500 a más de 15.800. Gran parte del aumento se registró en las zonas rurales mediante esfuerzos del Programa Solidaridad del IMSS y de la Secretaría de Salud. El número de centros de salud en estados rurales prioritarios pasó de 6.800 a 7.800. El número de profesionales de salud (médicos y enfermeras) también mostró un incremento, tanto a nivel nacional como en los estados prioritarios, de cerca del 20 por ciento durante el mismo período.

Según informes de la Secretaría de Salud, dicho aumento en la prestación de servicios, además de las actividades de comunicación y capacitación realizadas con apoyo de la USAID, contribuyó de forma considerable a reducir el número de mexicanos subatendidos de 10 millones en 1995 a 1,5 millones en 1999.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Fueron más de uno los factores que incidieron en el mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar que ofrecieron el IMSS, la Secretaría de Salud y el ISSTE en los estados prioritarios durante la vigencia del programa entre México y la USAID.

■ Mejoramiento de la capacidad técnica, relaciones interpersonales y selección de métodos

Le Secretaría de Salud publicó en 1994 una serie de normas nacionales para la prestación de servicios de planificación

familiar a fin de que todas las dependencias públicas las distribuyeran. Entre 1992 y marzo de 1999, la USAID contribuyó a la formación de 68.624 promotores de planificación familiar a fin de capacitarlos para aplicar las nuevas normas de prestación de servicios, mejorando así la calidad y diversidad de los métodos anticonceptivos, así como el acceso a ellos.

Entre 1993 y 1999 se capacitó en materia de orientación psicopedagógica a más de 26.700 promotores del sector público, muchos de ellos médicos y enfermeras. La Secretaría de Salud estableció 47 centros de capacitación para la práctica de vasectomías no quirúrgicas. A finales de 1998, 151 unidades ofrecían esa nueva técnica, y el número de vasectomías aumentó de 736 en 1990 a 5.197 en 1998. Asimismo, el uso del DIU aumentó gracias a que se capacitó en asuntos de planificación familiar a profesionales sin título médico que ejercían en zonas rurales (enfermeras, por ejemplo). Entre 1992 y 1998 el número de mujeres que acudió a las clínicas del programa Solidaridad del IMSS en 12 estados para que les fuera implantado el DIU aumentó de aproximadamente 64.000 a más de 168.000.

El IMSS y *EngenderHealth* (antes *AVSC International*) también establecieron una red de instructores a fin de que la capacitación abarcara un área más amplia. Si bien este modelo se centraba en la formación de promotores con nivel medio hasta nivel básico, el IMSS y el proyecto PRIME de la Universidad de Carolina del Norte adoptaron la estrategia inversa. Primero se capacitó a los promotores primarios para que formaran

la base de la pirámide de los promotores de servicios. Después se convirtió en una amplia red multidisciplinaria (médicos de cabecera, enfermeras, trabajadoras sociales) que alcanzó varios niveles (primario, medio, estatal) en los estados de Puebla, Tlaxcala y Guanajuato.

La asistencia de USAID hizo hincapié en las actividades de información, instrucción y comunicación en todo el sector público.

Aunque el objetivo del gobierno mexicano era que con el tiempo se capacitara a todos los promotores del sector público, el IMSS y el ISSSTE lograron importantes avances con la capacitación del 42 y 38 por ciento de su personal, respectivamente, en todo el país.

■ Mayor información, instrucción y comunicación

El conocimiento de métodos de planificación familiar, incluidos los tipos de métodos y dónde obtenerlos, es la clave del acceso y la calidad. Al igual que el uso de anticonceptivos, por lo general, dichos métodos se conocen bastante bien en México. No obstante, el 20 por ciento de las mujeres que vivían en unión y no deseaban tener más hijos no utilizó ningún método anticonceptivo en 1992; adujeron no tener conocimiento de ningún método anticonceptivo, ni saber dónde conseguirlo ni cómo aplicarlo. Para 1997 dicho índice había descendido al 16 por ciento, y todas las mujeres entrevistadas sabían de por lo menos un método anticonceptivo. En los estados

prioritarios pobres y en su mayoría rurales, el índice pasó del 25 por ciento en 1992 al 20 por ciento en 1997.

La asistencia de USAID hizo hincapié en las actividades de información, instrucción y comunicación en todo el sector público. Dichas actividades se diseñaron con el propósito de aumentar el uso de los servicios, así como de mejorar la calidad de la atención. La elaboración y divulgación de los materiales informativos y de comunicación ayudó a los promotores a explicar los métodos e informar sobre su diversidad a los clientes. Se insistió en que los clientes recibieran la orientación adecuada y que

Garantizar el acceso a un suministro adecuado de anticonceptivos es clave en la prestación de servicios de primera calidad.

otorgaran su consentimiento informado para la práctica de métodos anticonceptivos permanentes tales como la vasectomía y la esterilización femenina.

Entre 1993 y 1999 se produjo un tiraje de cerca de 14 millones de ejemplares de 280 materiales diferentes sobre comunicación e información tales como folletos, afiches, rotafolios, manuales, guías y videos. Se utilizaron para informar a más de 15 millones de personas sobre temas de planificación familiar y salud reproductiva.

El Programa para Servicios de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins (JHU/PCS) contribuyó a realizar investigaciones con el público, a probar materiales y a hacer planificación estratégica en las agencias del sector público.

Contribuyó con la exitosa campaña de medios masivos de CONAPO: “Planifica, es cuestión de querer”. Los resultados de encuestas revelan que esta campaña ejerció una influencia favorable en la percepción que tiene la gente acerca de la planificación familiar. Este programa ayudó al IMSS en sus actividades de divulgación dirigidas a los adolescentes mediante la elaboración de un manual de educación sexual destinado a mejorar el conocimiento, percepción y conducta de los adolescentes.

■ **Prestación de una gama adecuada de servicios**

En los años noventa se avanzó bastante en el mejoramiento de la atención de la salud reproductiva y en la colocación de la planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Se publicaron varias normas sobre el cuidado de la salud dirigidas a orientar la prestación de servicios. Entre éstas destacan el tratamiento y prevención de enfermedades de transmisión sexual y su manejo en centros del IMSS y de la Secretaría de Salud; pruebas de detección de cáncer cervical realizadas por supervisoras de enfermeras rurales de la Secretaría de Salud; monitoreo de la salud de los menores de cinco años y de embarazadas realizado por asistentes de la Secretaría de Salud; y normas sobre la atención prenatal, de parto y postparto para asistentes del IMSS que practicaban técnicas tradicionales de parto y quienes también adaptaron el Programa de Salud Reproductiva a las circunstancias de las comunidades indígenas, tomando en cuenta sus valores culturales y tradicionales.

También se realizaron actividades en todas las instituciones públicas con miras a atender las necesidades especiales de la salud reproductiva de los adolescentes en México. En el ámbito nacional, el CONAPO llevó a cabo una serie de actividades de comunicación para elevar la edad de la primera unión y el primer embarazo, y para facilitar el acceso a la información sobre salud reproductiva. Gracias a que se sumaron los esfuerzos del sector público, los programas institucionales para la adolescencia se vieron fortalecidos y se crearon nuevas actividades, en especial mediante la capacitación de promotores. Se capacitó un 12 por ciento del personal de los estados prioritarios. También aumentó el acceso a servicios para la adolescencia. La Secretaría de Salud creó el Programa Gente Joven en sus centros de salud y hospitales, y el número de módulos de consulta para adolescentes aumentó de 33 en 1993 a 259 en 1998. Se produjo y distribuyó una amplia gama de materiales educativos dirigidos a los adolescentes.

ASISTENCIA TÉCNICA

Además de la asistencia para facilitar el acceso y la calidad, la USAID proporcionó asistencia técnica dirigida a varias áreas clave con el propósito de mejorar la prestación de los servicios.

■ Administración

El apoyo de la USAID a la administración en el sector público adoptó diferentes formas. La ayuda prestada durante las reuniones anuales de evaluación de las tres instituciones públicas que prestan servicios (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud) les permitió

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

ampliar sus programas y aumentar el número de participantes. Estas instancias permitieron a los directivos destacar los problemas, tales como la integración de la planificación familiar y la salud reproductiva e informar al personal sobre las prácticas de evaluación y logística. En cada institución se asignaron partidas presupuestarias para seguir celebrando este tipo de reuniones.

El gobierno, con apoyo de *Management Sciences for Health (MSH) Family Planning Management Development Project*, creó el Programa de Mejora Continua (PMC) que duró de 1994 a 1998. Se formó una unidad de control de calidad en la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, y se iniciaron en tres estados varias actividades encaminadas a mejorar la calidad. Entre los resultados positivos del programa se destacan la reducción del tiempo de espera y el aumento de servicios anticonceptivos postobstétricos. La Secretaría de Salud y MSH elaboraron un manual para la adopción del PMC que se utilizaría en cursos de capacitación posteriores.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Family Health International ayudó a que la Secretaría de Salud obtuviera información sobre los costos de sus servicios de planificación familiar, incluido el costo por usuario y la productividad de cada promotor. Con esta información, la Secretaría esperaba optimizar los recursos financieros, planificar la ampliación de los servicios y pronosticar las repercusiones ocasionadas por los cambios en la distribución de los métodos de planificación familiar.

■ **Suministros y logística**

Garantizar el acceso a un suministro adecuado de anticonceptivos es clave en la prestación de servicios de primera calidad. Mediante el proyecto *Family Planning Logistics Management*, la USAID ayudó a que la Secretaría de Salud y el IMSS mejoraran sus suministros de anticonceptivos y sistemas de distribución ofreciendo capacitación en materia de gestión de logística, previsión, acondicionamiento de almacenes, trato con donantes y adaptación a la

descentralización. Las instituciones públicas también apuntaron logros importantes en lo que respecta a la autosuficiencia en la adquisición de anticonceptivos. Entre 1992 y 1995, el gobierno mexicano aumentó su participación en la compra de anticonceptivos del 25 a casi el 100 por ciento. A finales de 1999, todas las instituciones del sector público ya compraban todo su inventario de suministros de anticonceptivos.

■ **Investigación y evaluación**

Se dio importancia especial a las actividades de investigación y evaluación realizadas dentro del marco de la estrategia de apoyo de USAID/México. Si bien la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE obtuvieron bastante información sobre la prestación de servicios, el CONAPO realizó varios estudios para evaluar la estrategia asistencial de USAID/México como un todo. Varias agencias colaboradoras prestaron asistencia financiera y técnica a dicha investigación y evaluación. *Pathfinder International* preparó tres informes exhaustivos en los que se pormenorizaba la situación en que se encontraba la planificación familiar en el ámbito nacional y en los estados prioritarios. El *Population Council* (proyectos INOPAL y FRONTERAS) ayudó durante la investigación a que las instituciones públicas mejoraran la prestación de servicios. Este apoyo permitió aumentar la capacidad de las instituciones públicas para realizar investigaciones y evaluaciones valiéndose de instrumentos y modelos normalizados de investigación. También permitió obtener bastante información estadística sobre grupos prioritarios (adolescentes,

población rural y urbana, grupos indígenas).

PROGRAMAS SOSTENIBLES DEL SECTOR PRIVADO

El sector privado atiende casi el 30 por ciento de los mexicanos que usan anticonceptivos. Las farmacias atienden la mitad de los usuarios (16 por ciento) mientras que otras organizaciones privadas se ocupan del resto (13 por ciento). En la estrategia de USAID/México de 1992 se previó asistir a las dos principales organizaciones de planificación familiar en México, MEXFAM y FEMAP, que dirigen sus servicios a algunas de las zonas paupérrimas del país.

MEXFAM se fundó en 1965 como filial mexicana de IPPF. Con sede en México D.F., la fundación disponía en 1999 de 35 centros en 25 entidades federativas. FEMAP se fundó en 1973 rigiéndose por el principio de “mejorar la calidad de vida de la población desfavorecida de México”. Sus oficinas centrales se encuentran en Ciudad Juárez y sus 44 filiales se ubican en 87 ciudades y en miles de comunidades rurales.

La última etapa de la asistencia que USAID/México prestó a FEMAP y MEXFAM se concentró en el aumento de la ayuda nacional, mejoramiento de la capacidad de ambas organizaciones para generar ingresos y en el logro a largo plazo de su estabilidad financiera. A lo largo de su historia, ambas organizaciones han dependido fuertemente de las contribuciones de donantes. Entre 1988 y 1992 la USAID aportó a MEXFAM un promedio de 1,3 millones de dólares estadounidenses anuales. FEMAP recibió durante ese mismo período cerca de 406.000 dólares estadounidenses al año.

La mayor parte de la asistencia que la USAID brindó a MEXFAM y FEMAP entre 1992 y 1998 se canalizó mediante el *Transition Project* de IPPF/WHO. MEXFAM recibió 9,1 millones de dólares a través del *Transition Project* así como anticonceptivos con un valor de 1,8 millones de dólares estadounidenses. FEMAP fue beneficiaria de 5,4 millones de dólares provenientes del proyecto así como de anticonceptivos cuyo valor ascendió a 4,5 millones de dólares.

Durante el último período de asistencia de la USAID, MEXFAM logró con mucho éxito disminuir la dependencia que tenía de los contribuidores y aumentar sus ingresos de origen local.

MEXFAM

En 1992 el enfoque que adoptó MEXFAM para su sostenimiento se basó en la ampliación de su programa de centros médicos. Con la ayuda del *Transition Project* de IPPF/WHO, MEXFAM creó nuevos centros médicos que ofrecen toda una gama de servicios de salud para pacientes de clase media. El número de centros aumentó de uno en 1992 a catorce en 1998. Los ingresos que generaron los centros se destinaron a subsidios en apoyo a cinco “programas sociales” de la misma organización, entre los que se incluye el programa de asistencia a médicos comunitarios en zonas urbanas pobres, el programa de distribución para comunidades rurales, el programa para fábricas y otro para la juventud.

A los médicos comunitarios se les entregó equipo para sus consultorios y se les brindó durante dos años asistencia en el

pago de la renta y otros gastos administrativos. Al cabo de ese plazo los médicos debían alcanzar la autosuficiencia, de lo contrario se les excluía del programa. Como consecuencia, el número de médicos comunitarios participantes en el programa aumentó de 316 en 1992 a 350 en 1995 y se redujo a 250 en 1998. Para fortalecer el sostenimiento financiero de los programas, MEXFAM empezó en 1992 a exigir pago por la prestación de sus servicios, y en 1997 empezó a vender anticonceptivos. Estos cambios causaron una reducción temporal en el número de clientes nuevos

*M*éxico cuenta, en términos generales, con infraestructura de salud, instituciones competentes, programas sólidos y voluntad política para garantizar que todos los mexicanos reciban servicios de calidad.

que acudieron entre 1993 y 1996. Para 1998 el número de clientes nuevos ya había superado las cifras registradas en 1993, lo cual indica que el programa y su clientela se habían acostumbrado al sistema de pago por servicios. El perfil de los clientes que acuden a tres de los centros de MEXFAM reveló que los servicios médicos se prestan a una población con niveles más altos de escolaridad cuya supuesta extracción es de clase media, mientras que los médicos comunitarios y programas comunitarios de distribución atendían grupos con menores ingresos y baja escolaridad.

Parte del éxito obtenido por el programa de centros médicos de MEXFAM se debe al mejoramiento de la administración de los centros y de los sistemas de información financiera. Con la ayuda del

Population Council, MEXFAM instaló sistemas de contabilidad de costos y de elaboración de informes integrados referentes a estadísticas financieras y de servicios. Para el año 2000, ocho de los catorce centros ya enviaban a las oficinas centrales la información que necesitaban para realizar los análisis de datos, mientras que los demás centros ya habían sido capacitados y procesaban y analizaban su propia información.

MEXFAM también recibió ayuda a través de la USAID para elaborar y adoptar normas médicas de calidad. MSH contribuyó a la creación en 1997 de la Unidad de Calidad Médica dedicada al establecimiento de un sistema de control de calidad, y se adoptaron normas para el pago de honorarios médicos cuyo monto dependía de las cuotas cobradas a los clientes y del equipo médico que poseyera el médico. A principios de los noventa el *Population Council* también colaboró con MEXFAM en la realización de estudios sobre el mejoramiento de la calidad de las actividades rutinarias. Esta cooperación culminó en la elaboración de un manual de capacitación titulado “Mejoramiento de la calidad en las organizaciones de planificación familiar” que hasta la fecha se utiliza en las clínicas de MEXFAM.

Durante el último período de asistencia de USAID, MEXFAM logró con mucho éxito disminuir la dependencia que tenía de los contribuidores y aumentar sus ingresos de origen local. En 1992 casi el 94 por ciento de sus ingresos provenía de donativos; en 1998 dicho porcentaje se ubicó por debajo del 53 por ciento. El ingreso de procedencia local por concepto de venta de productos y servicios de salud ofrecidos en los centros

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

médicos, farmacias, servicios de mercadotecnia social y programas comunitarios de distribución superó el 47 por ciento. En 1998, el ingreso de origen local por sí solo (3,2 millones de dólares) era dos veces la contribución promedio anual (1,4 millones de dólares) que la USAID había donado entre 1992 y 1998. Para 1998, MEXFAM ya estaba en condiciones de adquirir con sus propios fondos locales todos los anticonceptivos, mientras que sus 14 centros médicos generaban ganancias anuales de 360.000 dólares estadounidenses. Estos montos se han destinado a programas sociales de MEXFAM en las áreas en que prestan servicio los centros médicos y cubren cerca del 30 por ciento de sus costos. Debido al tipo de programas sociales y a la composición de los grupos que atiende, MEXFAM no pensa-

ba que estos programas llegarían a ser autosuficientes.

Con ayuda del *Contraceptive Social Marketing Project* (SOMARC), MEXFAM creó una estrategia de mercadotecnia que incluía el diseño de un logotipo para la organización y planes de comercialización para los centros médicos. SOMARC ayudó a MEXFAM a establecer un departamento de mercadotecnia y capacitó a los administradores de centros. Varios centros vendieron paquetes de servicios llamados Mujer Saludable en los que se ofrecía una consulta con el ginecólogo, la prueba de Papanicolaou y orientación sobre la planificación familiar.

MEXFAM lanzó en las zonas rurales un proyecto piloto de mercadotecnia social dirigido a facilitar el uso de anticonceptivos orales. Con la compra de anticonceptivos a

precios reducidos y su venta a precios asequibles en zonas rurales, aumentaron los ingresos de origen local de la fundación. La organización también empezó a exigir de sus programas regionales el pago de un depósito del 50 por ciento del costo de los anticonceptivos que recibieran. Con estas medidas la fundación se colocó en mejores condiciones para comprar anticonceptivos sin contribuciones de donantes.

Poner fin a la dependencia de la fundación con respecto a la donación de anticonceptivos y al sistema administrativo de logística de la USAID, y lograr la independencia en la adquisición de suministros ha sido una transformación difícil y onerosa. Si bien MEXFAM logró recuperar parte de los costos, su sistema de adquisición de suministros a largo plazo no era autosuficiente. El costo unitario de los suministros adquiridos localmente era más elevado, de modo que la fundación precisaba de otras fuentes de ingresos si deseaba continuar subsidiando en gran medida los anticonceptivos que distribuía.

FEMAP

Entre 1992 y 1997, FEMAP también amplió el alcance de su programa. El número de sus filiales aumentó de 30 a 42, mientras que el número de promotores comunitarios (miembros de la comunidad local que utilizan y promueven el uso de anticonceptivos) subió de 7.000 a 8.200. El número de nuevos usuarios de métodos de planificación familiar experimentó un crecimiento que pasó de casi 50.000 en 1992 a más de 87.000 en 1997. Al mismo tiempo la cantidad de servicios médicos prestados se acrecentó considerablemente de 160.000 a casi 969.000. Estos fueron, en su mayoría, servicios generales de

salud, lo cual refleja el orden de prioridades inferior que FEMAP atribuyó a la planificación familiar. Entre 1997 y 1998 se registró un descenso temporal en el número de promotores comunitarios, causando una reducción en el número de nuevos usuarios de anticonceptivos en ese año. En 1999 los números de ambos grupos volvieron a aumentar.

Las evaluaciones periódicas de la clientela de FEMAP pusieron de manifiesto que cerca del 85 por ciento de los clientes vivía en 1993 por debajo del nivel de pobreza. En 1997 dicha cifra se situó en el 88 por ciento, lo cual indica que los servicios de FEMAP seguían llegando a las poblaciones objetivo.

El avance de FEMAP hacia la autonomía sostenible se vio apoyado por varios estudios. Con asistencia de *Population Council*, FEMAP efectuó estudios de costos en siete filiales y elaboró un manual sobre costos. Los resultados se convirtieron en un componente permanente de la estrategia administrativa de la federación. Con ayuda del *Family Planning Management Development Project* de MSH, FEMAP realizó en 1993 estudios sobre su mercado real y potencial, así como sobre los competidores a los que se enfrentaba en los sectores público y privado. Además, preparó manuales de capacitación para que las filiales llevaran a cabo los mismos estudios. Se utilizaron los resultados para fijar tarifas y modificar la gama de los servicios prestados. Se continuó realizando investigaciones con asistencia de SOMARC, y el *Population Council* mostró que las farmacias atendían no sólo las comunidades vecinas sino también las áreas aledañas. También encontró que el marido a menudo efectúa compras para su mujer, lo cual indica que

el servicio no sólo se presta a las personas que acuden a la farmacia.

Dichos estudios de costos y mercado permitieron que FEMAP desarrollara una estrategia para prestar servicios de alta calidad y a bajo precio con el propósito de generar altos volúmenes (estrategia Q-P-V). Se tomaron medidas orientadas a controlar y reducir los costos de los programas comunitarios de distribución y se fijaron normas de productividad en varios rubros de los programas. Entre 1993 y 1996 el costo real de los servicios médicos disminuyó a razón del 85 por ciento (de 11,38 a 1,69 pesos por servicio) y el precio que los clientes pagaban se redujo en un 76 por ciento (de 13,60 a 3,20 pesos). FEMAP también elaboró, valiéndose de la ayuda de MSH, un instrumento para supervisar el rendimiento de las filiales y para identificar la necesidad de ofrecer capacitación y optimizar el sistema de administración. En 1992 la federación creó una fundación para la obtención de subvenciones y donativos.

El ingreso de FEMAP registró un aumento nada despreciable entre 1992 y 1998, pasando de 3,1 a 8,2 millones de dólares estadounidenses, incremento debido en gran medida al éxito de las medidas tomadas por la organización para la venta de sus servicios médicos y la obtención de donaciones de procedencia local. USAID aportó cerca del 14 por ciento de los ingresos de la federación en 1992. Dicha cifra disminuyó en 1998 y se situó en aproxima-

damente un 6 por ciento, aunque un 20 por ciento adicional fue donado en forma de anticonceptivos. Asistida por SOMARC que operaba con fondos de la USAID, FEMAP empezó a vender anticonceptivos orales a precios asequibles en zonas rurales, ampliando posteriormente el programa a toda la República y exigiendo a las filiales que pagaran los anticonceptivos y demás suministros en plazos de 45 días. FEMAP estableció en 1999 un fondo renovable para la compra y venta de anticonceptivos y demás suministros. Este nuevo sistema, patrocinado con fondos de la fundación estadounidense David y Lucile Packard, hizo posible que para 1999 la federación estuviera en condiciones de comprar todos sus anticonceptivos.

El porcentaje de los ingresos de FEMAP proveniente de ventas y servicios registró un descenso real leve entre 1992 (68 por ciento) y 1998 (62 por ciento), pero el valor de dichas ventas aumentó más del 100 por ciento (de 2,1 a 5,1 millones de dólares estadounidenses). Dicho aumento deja constancia del drástico crecimiento que registró el volumen y ganancias generadas por los servicios de la federación. La fundación de FEMAP también mejoró su capacidad para conseguir donativos locales, los cuales representaban el 6 por ciento de sus ingresos totales en 1992, y el 10 por ciento en 1999. En total, para 1998 FEMAP ya sufragaba el 84 por ciento de sus gastos totales con fondos provenientes de ingresos locales.

DIFICULTADES PENDIENTES

En la década de los años noventa, el programa de población de la USAID para ayudar a México mejoró el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva. También hizo posible que MEXFAM y FEMAP se volvieran más autosuficientes. México cuenta, en términos generales, con infraestructura de salud, instituciones competentes, programas sólidos y voluntad política para garantizar que todos los mexicanos reciban servicios de calidad. No obstante, al llegar a su fin la asistencia brindada por USAID, las dificultades pendientes se volvieron más apremiantes y tal vez sean las que determinen si los avances logrados en los últimos 25 años han continuado o terminaron. A pesar de la situación general positiva, había varios grupos subatendidos en México y es posible que sus necesidades de salud reproductiva y planificación familiar no fueran atendidas.

México cuenta, en términos generales, con infraestructura de salud, instituciones competentes, programas sólidos y voluntad política para garantizar que todos los mexicanos reciban servicios de calidad.

El índice de uso de anticonceptivos era del 73 por ciento en zonas urbanas y del 53 por ciento en zonas rurales, diferencia que equivale a un 20 por ciento. En los estados prioritarios, esta diferencia era aun más marcada. La mujer con menor escolaridad usaba menos anticonceptivos que la mujer con más preparación; lo anterior también se puso de manifiesto en los estados prioritarios. Se calculó que un 66 por ciento de las necesidades insatisfe-

chas de planificación familiar en México se daban entre mujeres con menos escolaridad que vivían en zonas rurales o en barrios pobres urbanos.

La población indígena, cerca del 10 por ciento de todos los habitantes del país, estaba aun más marginada. Su condición educativa, social y económica era extremadamente baja, no gozaba de buena salud y registraba altos índices de fecundidad. Los adolescentes entre los 15 y 19 años representaban otro grupo desfavorecido. Componían un 25 por ciento de la población y uno de cada seis nacimientos en 1999 fue producto de padres adolescentes. Las parejas casadas entre los 15 y 19 años de edad registraban los niveles más bajos de uso de anticonceptivos y casi un 30 por ciento tenía necesidades insatisfechas de planificación familiar.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar —proporción de mujeres que viven en unión y desean espaciar o limitar los embarazos pero que no usan ningún tipo de anticonceptivo— fue del 12 por ciento en 1997. No obstante, lo más probable es que la necesidad insatisfecha de planificación familiar fuera mayor de lo que deja entrever tal definición. Muchas mujeres sexualmente activas que no vivían en unión tenían necesidades insatisfechas en cuanto al uso de anticonceptivos, lo cual ocurría también en mujeres que interrumpían sus métodos, que tal vez no los usaban debidamente, o que usaban algún método no indicado para los propósitos de reproducción que buscaban. A algunas de ellas se les practicaban abortos y muchas corrían el riesgo de sufrir complicaciones debido a que los procedimientos de aborto a los que se sometían eran peligrosos.

Para atender las necesidades de esos grupos, se debe continuar ampliando el acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva de mayor calidad. El sector público presta la mayoría de los servicios y su participación ha ido en aumento. Si bien las medidas del gobierno encaminadas a descentralizar los servicios aumentó el número de personas atendidas, la confección de los servicios a la medida de las necesidades de grupos específicos causará un aumento de la demanda de servicios de planificación familiar y salud reproductiva tanto en el sector público

como en el privado, sobre todo a la luz del acento que se puso en cobrarle al usuario el servicio prestado.

La calidad de la atención prestada mejoró de forma significativa, pero las evaluaciones señalaron que existía la necesidad de fortalecer las aptitudes principales referentes a los servicios de orientación y autorización de consentimientos informados, en especial entre poblaciones especiales tales como los grupos indígenas, residentes rurales y adolescentes cuyas necesidades se pasaron por alto más de una vez.

LECCIONES APRENDIDAS

De la colaboración entre USAID/México dimana una serie de lecciones, muchas de las cuales pueden aplicarse en otros países a fin de mejorar programas y la cooperación.

ASISTENCIA DIRIGIDA

- El dirigir con precisión la asistencia a nueve estados prioritarios que CONAPO identificó por ser los más necesitados (según su porcentaje de población rural, índice de mortalidad infantil y tasa global de fecundidad) resultó ser una herramienta valiosa en la asignación de recursos.

CONSOLIDACIÓN DE LA ASISTENCIA

- Siempre que sea práctico, todo esfuerzo encaminado a consolidar la asistencia es benéfico. La última etapa de la asistencia de USAID a México se concentró en ofrecer una menor cantidad de actividades pero de mayor impacto. Se brindó ayuda a las seis instituciones, y la asistencia técnica se canalizó por conducto de varias agencias colaboradoras.

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS LOCALES

- La movilización de recursos locales fue un elemento clave de la estrategia de USAID en México. El proceso de generar y evaluar estrategias innovadoras propició la movilización de recursos de origen nacional.
- Poder demostrar los beneficios que ofrecen los programas llevados a buen término fue fundamental para hacer ver

a los directivos de alto mando a cargo de políticas la existencia de la problemática, y para ganarse su apoyo.

CONCERTACIÓN DE ESFUERZOS

- La capacidad de USAID para pedir a diferentes agencias colaboradoras, tales como IPPF/WHO, que presten asistencia técnica y que hagan las veces de coordinadores es un elemento importante del apoyo brindado.
- Se facilitó la coordinación entre instituciones mediante el consenso que se logró sobre las cinco funciones principales de la estrategia USAID/México: prestación de servicios, IEC (información, instrucción y comunicación), capacitación, evaluación e investigación, así como supervisión y seguimiento.

PROGRAMAS SOSTENIBLES

- Los estudios encaminados a calcular los costos reales de operación son necesarios para el control y la recuperación de costos. Las instituciones se valen de esta información para adoptar normas realistas que permitan fijar los precios de servicios y la productividad del personal.
- La supervisión de costos, su control y las inversiones en la calidad de la atención son elementos clave de la autonomía sostenible.
- Es difícil realizar cambios institucionales de fondo si los principios y cultura interna de las organizaciones se ven amenazados.

- Se debe descentralizar el proceso que lleva a la toma de decisiones sobre finanzas y mercadotecnia.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Los esfuerzos de información, instrucción y comunicación sobre consentimientos informados y demanda informada –cuando el cliente cobra conciencia de su necesidad propia de usar anticonceptivos y escoge por sí solo la

mejor manera de atender dicha necesidad– mejoran la conciencia del cliente respecto a la formulación de decisiones y la participación en la adopción de ellas.

- La colaboración entre los sectores público y privado a fin de crear una serie de normas actualizadas para prestar servicios es un paso fundamental en el mejoramiento de la calidad del servicio. Se deberán distribuir suficientes ejemplares de las normas, y se deberán dar suficien-

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

tes oportunidades para que el personal estudie y adopte las normas.

- En México, el concepto de salud reproductiva y los demás modelos de atención amplia no los entienden plenamente los promotores. Es necesario establecer normas o estándares de atención que correspondan a todos los elementos que componen la salud reproductiva, aunque ello no es suficiente para capacitar a los promotores.

Se compartirán casos empíricos, no sólo teóricos.

- Existe una estrecha correlación entre dar información de orientación como parte de la atención después del aborto (ej. hablar del estado anímico de la paciente, de sus deseos de procrear) y alcanzar índices más altos de aceptación y satisfacción con respecto a la planificación familiar y su continuación después del aborto.

DESCENTRALIZACIÓN DE SERVICIOS

- La descentralización ha conferido a cada estado la responsabilidad de ofrecer servicios de planificación familiar y de salud reproductiva. Es imperioso preparar a todos los estados, sobre todo mediante un mejoramiento de la capacidad técnica local, para que asuman esta función nueva.

ADMINISTRACIÓN

- Capacitar al personal en técnicas PMC le permite identificar y corregir los problemas operativos. El éxito del proceso depende del compromiso y apoyo por parte de la dirección administrativa.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

- El uso de diferentes modelos de capacitación, incluido el modelo de cascada para capacitar a instructores y el modelo de pirámide invertida que empieza con los promotores primarios, es una manera eficaz para perfeccionar las destrezas de los promotores.
- El cursillo sobre violencia en el hogar ayudó a los promotores a identificar y manejar casos de violencia de ese tipo. La capacitación por sí sola no es suficiente para atender casos de esa índole, y tal vez sea necesario establecer centros que se especialicen en atender víctimas de la violencia en el hogar.
- Capacitar parteras en materia de atención prenatal, parto, postparto, cuidados neonatales y planificación familiar contribuyó a ampliar y mejorar su capacidad para prestar servicios.
- El envío periódico de un equipo de profesionales de la salud a hospitales y centros médicos rurales para que proporcionen anticonceptivos modernos, sobre todo métodos de efecto más prolongado, contribuye a aumentar el número de personas atendidas.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

INVESTIGACIÓN

- A fin de compartir mejor los resultados de investigaciones, es importante que los investigadores locales preparen una síntesis de los resultados y una lista de recomendaciones para su uso en situaciones específicas (ej. el ámbito local, nacional).

COOPERACIÓN TÉCNICA CON OTROS PAÍSES

- Se compartirán casos empíricos, no sólo teóricos.
- Se impartirán en el trabajo cursos de capacitación a corto plazo y de diseño especial.
- Los gobiernos deberán participar en los debates sobre política, pero no necesariamente en la prestación del servicio ni la ejecución de proyectos.

CONCLUSIÓN

Gracias a la presencia de USAID en México que se consolidó desde 1978, la asistencia que dicha agencia prestó al país en su etapa final permitió ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, así como mejorar la calidad y autosuficiencia de dichos servicios. El método estratégico que USAID y sus colaboradores mexicanos siguieron fue decisivo en el aprovechamiento eficaz de los recursos, a medida que se acercaba el final de la asistencia brindada por Estados Unidos.

El aumento en el uso y conocimiento de anticonceptivos y la reducción del número de personas que no los usaban por desconocer dichos métodos dejan entrever un aumento en el acceso. Asimismo, se logró reducir de manera considerable la brecha que existía en el uso de anticonceptivos en las zonas rurales y las urbanas. Se logró mejorar la calidad de los servicios gracias a

las medidas extensas de capacitación, administración, investigación y evaluación. Las instituciones del sector privado ampliaron sus servicios mientras que reemplazaron a la par la asistencia de la USAID por ingresos de origen local.

Mediante evaluaciones futuras se podrá disponer de información adicional sobre los efectos que acarreó el final de la asistencia de USAID y sobre la capacidad de México para continuar apoyando sus programas de grandes aspiraciones. No cabe duda que será necesario efectuar ajustes ulteriores a fin de tener en cuenta la reducción de contribuciones de donantes. Las dependencias mexicanas deberán acceder continuamente a nuevas tecnologías y programas innovadores a medida que se esfuercen por responder a las necesidades de grupos subatendidos, mejorar la calidad del servicio y compartir sus conocimientos especializados entre ellas.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

APÉNDICE

Agencias colaboradoras que contribuyeron al Programa USAID/México para la población, 1998

ASISTENCIA AL SECTOR PÚBLICO

EngenderHealth, Inc.
(antes AVSC International)
Capacitación (calidad de la atención, acceso a servicios)

Carolina Population Center: proyectos Evaluation y MEASURE *Evaluation*
Evaluación

Family Health International (FHI)
Investigación y evaluación

Pathfinder International
Coordinación de la asignación de una gran parte de los fondos destinados a la asistencia del sector público; investigación y evaluación

The Futures Group International (TFGI): proyecto POLICY
Investigación y evaluación de políticas

University of North Carolina, INTRAH: Program for International Training in Health (PRIME)
Capacitación (atención de calidad)

ASISTENCIA AL SECTOR PRIVADO

Georgetown University/Institute for Reproductive Health
Acceso a servicios (planificación familiar natural)

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) Región del Hemisferio Oeste (WHR)
Coordinación de la asistencia al sector privado y Transition Project

The Futures Group International (TFGI): Social Marketing project (SOMARC)
Administración, sostenibilidad (mercadotecnia social)

ASISTENCIA A LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

Basic Health Management, Inc. (BHM): Population Technical Services (POPTECH)
Evaluación

John Snow, Inc. (JSI): proyecto Family Planning Logistics Management (FPLM)
Logística y suministros

Johns Hopkins University (JHU): Population Communication Services (PCS)
Información, instrucción y comunicación

Management Sciences for Health (MSH): proyecto Family Planning Management Development (FPMD)
Administración, capacitación (atención de calidad, mercadotecnia)

Population Council: proyectos INOPAL y FRONTERAS
Investigación y evaluación (investigación operativa)
(INOPAL son las siglas de Investigación Operativa en Planificación Familiar y Atención Materno-Infantil para América Latina y el Caribe.)

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas y organizaciones contribuyeron a la elaboración del presente informe. Entre ellos destacan John Coury y Marie McLeod de USAID de quienes surgió la idea de redactar el informe y quienes mostraron su apoyo durante el largo período de gestación. La coautora Julia Beamish viajó a México y entrevistó a muchas autoridades de las instituciones de salud pública (ej. IMSS, ISSSTE y SSA); CONAPO; las dos organizaciones privadas de planificación familiar, FEMAP y MEXFAM; y el personal de las numerosas agencias colaboradoras que han prestado asistencia técnica en México durante años.

Merecen varios de ellos una mención especial, tales como Ricardo Vernón y Carlos Brambila de la oficina regional del *Population Council* en México, D.F.; Consuelo Juárez, representante de AVSC en México, D.F.; Esperanza Delgado, ex representante de *Pathfinder International* comisionada en México, D.F.; y Cindy Cisek de SOMARC.

El *Population Reference Bureau* produjo el presente informe con cargo a fondos de USAID bajo el proyecto MEASURE *Communication* (HRN-A-00-000001-00).

Autora: Barbara Shane, basado en *USAID-Mexico Program of Collaboration in Family Planning and Reproductive Health, 1992-1999* de Julia Beamish, Yolanda Palma y Judith Seltzer (Washington, DC: USAID, 2000).

Coordinación del proyecto en PRB:

Vijay Rao y Nancy Yinger

Diseño y producción: LO Designs

Fotografías: Pathfinder México

Foto en portada: Beryl Goldberg

Traducción: Adrián Delgado

Si desea información adicional:

Si desea más ejemplares de este informe, sírvase dirigir su correspondencia al:

Population Reference Bureau

MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009 EE.UU.

Tel.: 202-483-1100

Fax: 202-328-3937

E-mail: measure@prb.org o

prborders@prb.org

Sitio Web: www.measurecommunication.org

o www.prb.org

El presente informe también está disponible en su versión en inglés y se encuentra en: www.measurecommunication.org.



UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

