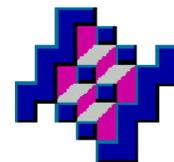


2013

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



Modelo de coordinación sectorial para disminuir la Desnutrición Infantil en el Estado de México

González Martínez Marcos César

marcesargonzalez@hotmail.com

Maestría en Salud Pública

Área de concentración en Administración en Salud

Generación 2009 - 2011

M. en C. Alma Lucila Saucedo Valenzuela

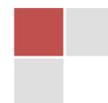
CISS / INSP

Directora de Tesis

Mtro. José de Jesús Vértiz Ramírez

CISS / INSP

Asesor de Tesis



Contenido.

1. Introducción.....	3
<i>a) Características sociodemográficas específicas del Estado de México.....</i>	<i>4</i>
<i>b) Principales problemas de salud en menores de 5 años en el Estado de México.</i>	<i>6</i>
<i>c) Respuesta Social Organizada. Situación de la oferta de Servicios de Salud en el Estado de México.....</i>	<i>7</i>
3. Marco Teórico.....	9
<i>Implicaciones sociales y económicas de la desnutrición infantil en el desarrollo de los países.....</i>	<i>9</i>
<i>La sociedad civil organizada como elemento del Sistema Nacional de Salud.....</i>	<i>13</i>
<i>El marco legal entorno a la participación de las representaciones sociales el desarrollo nacional.</i>	<i>15</i>
<i>La gestión para resultados de desarrollo como estrategia de coordinación intersectorial.</i>	<i>16</i>
4. Planteamiento del problema.....	18
5. Justificación	19
6. Objetivos	20
<i>Objetivo general.</i>	<i>20</i>
<i>Objetivos específicos.</i>	<i>20</i>
7. Materiales y Métodos.	21
<i>Tipo de Estudio.</i>	<i>21</i>
<i>Fases del estudio:.....</i>	<i>21</i>
8. Estudio de Factibilidad.....	24
9. Resultados	25
<i>Análisis funcional de los servicios de atención a la desnutrición infantil.....</i>	<i>25</i>
<i>Estudio del Marco Legal.</i>	<i>26</i>
<i>Identificación de prácticas relevantes en la colaboración intersectorial.</i>	<i>37</i>
<i>Propuesta de modelo de coordinación sectorial.</i>	<i>41</i>
10. Discusión.....	45
11. Conclusiones y recomendaciones.	51
12. Limitaciones.....	52
13. Referencias.....	53
14. Anexos.	56
<i>Anexo A.....</i>	<i>56</i>
<i>Anexo B.....</i>	<i>59</i>

1. Introducción.

Los efectos negativos de la desnutrición en la población infantil han sido ampliamente documentados en la literatura, los cuales van desde sus efectos en la capacidad funcional humana hasta el impacto en el producto interno bruto y desarrollo económico de los países. También se han establecido científicamente los tratamientos médicos más adecuados según la intensidad y origen de la desnutrición; y socialmente se han planteado las acciones necesarias para lograr su erradicación.

Sin embargo, a pesar del conocimiento generado a lo largo de los años, y de la gran cantidad de recursos invertidos por entidades gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil con el objetivo de disminuir el número de personas afectadas por esta condición, la prevalencia de desnutrición infantil en los municipios que conforman la zona mazahua del Estado de México es cuatro veces mayor que la prevalencia nacional.

Este estudio tiene como objetivo final presentar un modelo de cooperación sectorial que contribuya a gestionar los recursos de las instituciones con el fin de disminuir la prevalencia de desnutrición infantil en la zona mazahua.

Inicialmente se presenta un panorama general de las condiciones socioeconómicas de la zona mazahua, con especial énfasis en la magnitud de la desnutrición infantil y en los recursos en salud con los que cuenta la población.

Se elabora un análisis funcional de la red de servicios en salud para determinar la adecuación de la oferta a la demanda de servicios generada por la atención para los niños con desnutrición, con el fin de identificar las áreas que pueden ser fortalecidas con la participación de las organizaciones de la sociedad civil.

Posteriormente se presenta una revisión de los ordenamientos jurídicos que fomentan y regulan la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la provisión de servicios de salud y asistenciales. La revisión se centra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes que dan cumplimiento a los derechos sociales que decreta.

Para identificar prácticas favorables para la concertación de un convenio de cooperación sectorial, se analiza la experiencia de dos organizaciones de la sociedad civil que han alcanzado una capacidad organizacional suficiente para participar de estos convenios.

Finalmente, los resultados de cada uno de los componentes de este estudio se integran en un modelo de coordinación sectorial basado en la estrategia de gestión orientada a resultados de desarrollo, que pretende servir como herramienta para orientar las iniciativas de ampliación de cobertura de las organizaciones de la sociedad civil por medio de la cooperación con entidades públicas.

2. Antecedentes

La región mazahua se encuentra ubicada en el noroeste del Estado de México. Los municipios que componen la región son¹: Almoloya de Juárez, Atlacomulco, El Oro de Hidalgo, Ixtlahuaca, Jocotitlán, Temascalcingo, Donato Guerra, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Villa de Allende y Villa Victoria. Se encuentra a una distancia de 143 km de la Ciudad de México, y a 82 km de la Ciudad de Toluca, capital del Estado de México. Este trabajo se centrará en los 5 municipios que concentran la mayor proporción de personas de origen mazahua: *Donato Guerra, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Villa de Allende y Villa Victoria.*

a) Características sociodemográficas específicas del Estado de México

Demografía. El Estado de México es la entidad con el mayor número de habitantes del país con 13.5% del total de la población mexicana. El Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 reportó 15,175,862 habitantes, 51.3% mujeres y 48.7% hombres. Ocupa el segundo lugar nacional por su densidad de población, en promedio 679 habitantes por kilómetro cuadrado.²

La distribución de la población en el Estado de México (anexo A, figura A-1) muestra una tendencia de disminución en la base poblacional específicamente en los grupos de edad entre 0 y 14 años. Esta tendencia es característica de la transición demográfica que experimenta el país desde mediados de la década de 1970³ y que es originada por la combinación de los efectos de la reducción gradual de las tasas de natalidad, la reducción de la mortalidad general y el incremento de la esperanza de vida de la población.⁴

El Consejo Nacional de Población ha calculado que la tasa esperada de fecundidad para el presente año 2013 será de 2.18, mientras que para el año 2030 se estima que se reducirá a 2.07.⁵ Por lo cual se espera que la distribución de la población en el Estado de México continúe disminuyendo en las edades más tempranas y aumentando en la población de jóvenes y adultos.

El 87% de la población habita en localidades urbanas y el 13% en localidades rurales. El 2.4% de la población total del Estado habla alguna lengua indígena. De este sector, el 30.8% habla la lengua indígena mazahua, representando así la lengua que más se habla en el Estado.⁶

El 41.7% de los habitantes de origen mazahua se concentra en la región noroeste del Estado (figura A-2 anexo) específicamente en los municipios de San José del Rincón, Villa Victoria, San Felipe del Progreso, Donato Guerra y Villa de Allende.⁶ En el año 2010, en estos municipios habitaban 59,696 niños menores de 4 años, representando el 15.3% de la población total. La extensión territorial de la región alcanza 2,300 km², que representa el 10.2% del total de la entidad. Esta zona tiene una densidad de población 4 veces menor a la calculada para el estado, y una densidad de niños menores de 5 años 3 veces menor.

En el 2010, la distribución de la población en estos municipios de presencia indígena mazahua presentaba una mayor proporción de habitantes menores de 20 años en comparación a la población del Estado, (figura A-3 anexo) en la que la mayor proporción se encontraba entre las edades de 10 a 30 años. El perfil de la población en estos municipios era similar al que se presentaba en el país en la década de 1990 (figura A-4 anexo) en la que la mayor proporción de la población era menor de 20 años.

El promedio de hijos nacidos vivos en Estado de México es de 2.2, mientras que para los municipios mazahuas se registra entre 2.99 y 3.37, cifra muy superior al promedio nacional que es de 2.34.

Servicios Públicos. Las viviendas particulares habitadas sin disponibilidad de agua entubada dentro del ámbito del hogar en la zona mazahua es de 32.7%, en el Estado es de 6.4% y a nivel Nacional 8.9%.

En relación a la disponibilidad de drenaje el 77.2 % de las viviendas en el Estado de México tienen acceso a este servicio, esta cifra es marcadamente menor en los municipios mazahuas ya que sólo el 36% de las viviendas disponen del servicio.

Sólo el 26.7% de las viviendas de los municipios mazahuas cuentan con los servicios de agua entubada, drenaje y energía eléctrica, mientras que en el Estado esta cifra asciende a 72.4%

Características de la Vivienda. De acuerdo al Censo de Población 2010, en el Estado de México 3% de las viviendas habitadas tenían piso de tierra, mientras que en los municipios de la zona mazahua la cifra asciende a 8.9%.

El promedio de ocupantes por vivienda en la zona mazahua es de 4.98, para el Estado es de 4.06 y a nivel nacional es de 3.93.

Escolaridad. En el 2010 la escolaridad promedio de la población mayor de 15 años en el Estado de México fue de 9.1 años, superior al promedio nacional de 8.3 años, sin embargo, en los municipios de la zona mazahua para el mismo periodo el promedio fue de 5.6 años. El porcentaje de analfabetismo en las personas mayores de 15 años a nivel nacional se ubica en 4.8%, en el Estado en 0.4% y en la zona mazahua la cifra es considerablemente mayor, 10.4%.

Desarrollo Humano. En términos de desarrollo humano, la población indígena en el Estado de México presenta mayores carencias y serias desventajas respecto a la población no indígena, incluso los municipios de San Felipe del Progreso y San José del Rincón presentaron los mayores retrocesos en el ámbito nacional durante el periodo 2000-2005,⁷ la tabla B-1 (anexo B) muestra los valores del índice de desarrollo humano calculado para los municipios de la zona mazahua en el año 2000.

Grado de Marginación. La marginación es una expresión de un bajo nivel de desarrollo de los municipios y tienen relación con los indicadores sociales y demográficos⁸.

Los 5 municipios que conforman la zona mazahua a estudiarse en este trabajo son clasificados por el Consejo Nacional de Población con un nivel de marginación alto. La población que habita estos municipios ascendió a 388,274 en el 2010, lo que representa al 2.23% de la población total de la entidad. La tabla B-2 (anexo) muestra los índices de marginación calculados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para estos municipios.

b) Principales problemas de salud en menores de 5 años en el Estado de México.

Morbilidad. En la tabla B-3 (anexo) se presentan las causas de egresos hospitalarios más registradas en los niños de 0 a 5 años de edad en el Estado de México⁹ durante el año 2011. Las afecciones respiratorias originadas en el periodo perinatal son la causa más frecuente de atención hospitalaria con el 32.4% del total de egresos, esta cifra es mayor a lo registrado a nivel nacional de 15.4%. La segunda causa de atención hospitalaria son las afecciones relacionadas a las condiciones de nutrición fetal de los niños con 18.8%, cifra superior al 7.0% reportado a nivel nacional.

Las enfermedades prevalentes de la infancia, cómo infecciones respiratorias e intestinales prevenibles y complicaciones nutricionales representaron el 36.1% de los egresos hospitalarios, cifra similar a lo observado a nivel nacional.

Desnutrición.

La desnutrición infantil expresa el conjunto de condiciones de alimentación, salud, vivienda y educación de los entornos comunitarios.¹⁰ Por lo anterior, en el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera el porcentaje de población con nutrición insuficiente como uno de los indicadores para medir la reducción del porcentaje de personas que padecen hambre en el mundo.¹¹

En este sentido, en México se han realizado diversas encuestas de salud, nutrición y alimentación con el objetivo de identificar la magnitud del problema de la desnutrición, entre otros temas.

Los resultados más recientes sobre la prevalencia de desnutrición de alto riesgo (< -2.00 DE) en menores de 5 años se presenta en la tabla B-4 (anexo). La magnitud de la desnutrición en los municipios de la zona mazahua continúa siendo importante, los niveles registrados son similares a los que presentaba el Estado de México en 1996¹². La diferencia porcentual entre la prevalencia reportada a nivel nacional por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) y la registrada en la zona mazahua por el Programa Un Kilo de Ayuda es de 9.5 puntos, esto representaría una brecha en tiempo de aproximadamente 15 años en la reducción de la prevalencia de desnutrición en la población menor de 5 años.

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMNSZ) considera que la región mazahua presenta la mayor densidad de niños menores de 5 años con desnutrición a nivel nacional¹³, incluso mayor que las calculadas para los estados de Chiapas y Guerrero. De acuerdo a los datos obtenidos por medio de la herramienta “El Reloj de la Desnutrición en México”¹⁴ es posible calcular que en la zona mazahua existen 8

niños con desnutrición por cada kilómetro cuadrado, mientras que para el ámbito estatal y nacional se calcula que existen 3 niños y 0.3 niños respectivamente. Es de mencionar que para el estado de Chiapas la densidad de niños desnutridos es de 1.5 y para el estado de Guerrero de 1.

Mortalidad. La tasa de mortalidad infantil se considera uno de los indicadores de desarrollo de los países. La ONU la ha establecido como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En este tema, en el Estado de México la tasa de mortalidad infantil ha evolucionado de manera favorable al pasar de 27.0 defunciones por cada mil nacidos vivos en el año 2000 a 18.7 en el año 2010. En la zona mazahua la evolución fue de 46.3 defunciones en el 2000 a 22.0 defunciones en el 2010. Esta cifra es mayor a la tasa nacional que fue de 14.6 para ese año. La figura A-5 (anexo) presenta la comparación de las tasas de mortalidad infantil en el ámbito nacional, estatal y regional.

La tabla B-5 (anexo) presenta las principales causas de mortalidad en los niños menores de 5 años en los municipios de la zona mazahua, sobresaliendo la cusa de asfixia y trauma al nacimiento como la primera causa de defunción y las malformaciones congénitas del corazón como la segunda causa.

Las causas de defunción asociadas a las enfermedades prevalentes de la infancia (infecciones respiratorias agudas bajas, infecciones intestinales, desnutrición y bajo peso al nacimiento) representan en conjunto 31.4% de las defunciones totales en menores de 5 años de estos municipios.

c) Respuesta Social Organizada. Situación de la oferta de Servicios de Salud en el Estado de México.

La Secretaría de Salud es la institución pública con mayor presencia de unidades de salud, operando el 90.1% del total registrado en la zona mazahua. Es de notar que el Instituto Mexicano del Seguro Social Régimen Oportunidades sólo administra el 0.8% de las unidades en esta zona de alta marginación mientras que a nivel nacional administra el 17.4% (tabla B-6, anexo).

Una situación similar presenta el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia al administrar sólo el 3.3% de las unidades en la zona mazahua y el 15.9% de todas las unidades de salud en el Estado de México. Un punto a comentar es la total ausencia de servicios municipales de salud en la entidad. En este tema, Nuevo León y Michoacán son las entidades que registran el mayor número de unidades administradas por los municipios.

Del total de unidades de salud establecidas en la zona mazahua, 113 (93.4%) son unidades de consulta externa, 3 (2.5%) unidades de hospitalización y 4 (3.3%) de asistencia social.

Siendo las unidades de consulta externa las que brindan de manera mayoritaria la atención médica a los habitantes de la etnia mazahua, en la tabla B-7 (anexo) se presentan la distribución por tipo de unidad. El número de unidades establecidas con 1 ó 2 núcleos básicos (1 ó 2 médicos generales, 2 ó 4 enfermeras) es de 62 (84.6%).

Los recursos humanos para la salud en los servicios de consulta externa se presentan en la tabla B-8 (anexo). Es importante destacar que el número de médicos en contacto con el paciente (médico general, pediatra y pasante de servicio social) por 100,000 habitantes en la zona mazahua es 2 veces mayor respecto al nacional, y de casi 3 veces mayor respecto al Estado de México. De igual manera, el número de enfermeras en la zona es 2 veces mayor respecto al estatal.

Respecto a los recursos de infraestructura para consulta externa, en la zona mazahua se cuenta con 41.5 consultorios por 100,000 habitantes, mientras que para la entidad se cuenta con una cantidad menor de apenas 17.5, y a nivel nacional 21.9.

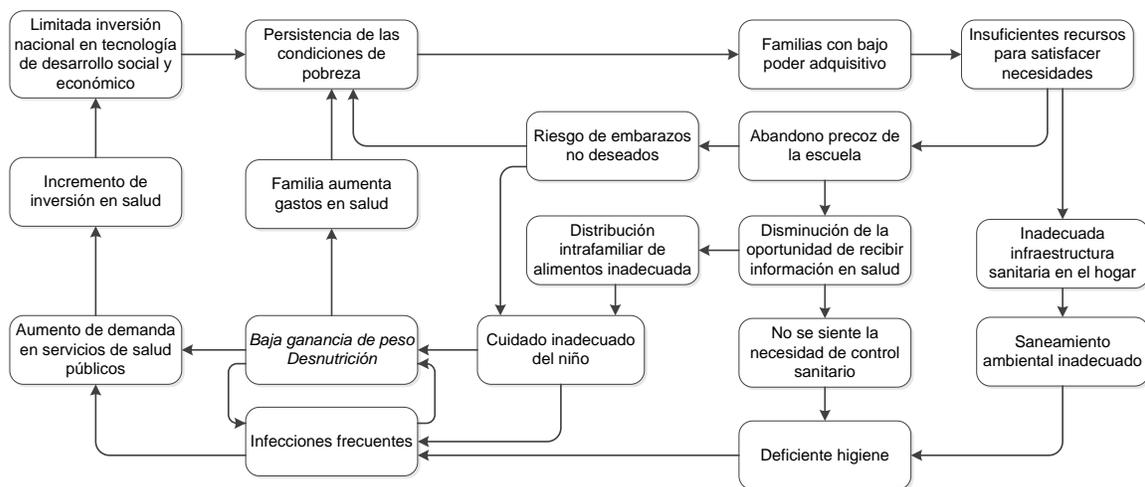
Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) tienen alta presencia en los municipios mazahuas. En el año 2009 el INCMNSZ documentó que en los municipios mazahuas del Estado de México existían once organizaciones que realizaban acciones a favor de la nutrición de la población, con especial énfasis en menores de 5 años¹⁵. No obstante que el foco principal de las acciones de las organizaciones se centraba en la atención de la desnutrición infantil, todas presentaban diversos métodos de atención y seguimiento a la desnutrición. Las organizaciones que se destacan por la magnitud de cobertura y grado de inversión financiera son World Vision México, A.C. y Un Kilo de Ayuda, A.C. En la tabla B-9 (anexo) se presentan datos de los perfiles institucionales, recursos, número de beneficiarios e inversiones realizadas^{16,17}.

3. Marco Teórico

Implicaciones sociales y económicas de la desnutrición infantil en el desarrollo de los países.

En México, el estudio de la desnutrición infantil data aproximadamente de la década de 1940. Desde las primeras investigaciones realizadas se ha establecido la relación causal que existe entre la calidad de la alimentación, las condiciones de la vivienda, el grado de pobreza y el nivel educativo con la desnutrición. Aun cuando se asocia primariamente con causas biológicas y ambientales, desde 1985 Cravioto¹⁸ planteaba que existe una fuerte interrelación entre factores biológicos, sociales, culturales y económicos (figura 1) que participan en un complejo fenómeno que inicia y finaliza con el desarrollo económico del país, debido a que el grado de pobreza, la escasa educación formal y la limitada inversión en servicios públicos y sociales aumentan las tasas de morbilidad en una población, esto incrementa los gastos públicos por atención médica y disminuye por tanto la posibilidad de incrementar la inversión en otros servicios públicos y sociales.

Figura 1. Círculo vicioso entre factores biosociales y baja ganancia de peso en niños.



Modificado de: Cravioto J, Arrieta R. Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México, 1985

Actualmente en el país se presenta una polarización en los patrones de morbilidad, el incremento de enfermedades relacionadas a la obesidad y la permanencia de desnutrición infantil en poblaciones marginadas¹⁹. Esta situación frecuentemente es descrita como una característica de la transición epidemiológica, sin embargo Frenk y colaboradores²⁰ plantean que el cambio en las condiciones de salud de una población debe ser acompañado del cambio en los patrones de la respuesta social organizada a las condiciones de salud. Por tanto, es posible considerar que la polarización de los patrones de morbilidad es un reflejo de la desigualdad social y económica que se presenta en México. Esta situación ha contribuido a que el país ocupe el segundo lugar en desigualdad entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).²¹

Lo anterior supone que además de las implicaciones éticas y de derechos sociales inherentes al problema de la desnutrición infantil es necesario considerar su impacto negativo en la salud, educación y economía, áreas fundamentales para el desarrollo de los países.

Chávez describe que la desnutrición tiene impacto negativo en la capacidad funcional del organismo para mantener la salud y permitir desarrollar las tareas cotidianas de los individuos²². Distintos estudios demuestran que la desnutrición aumenta las probabilidades de enfermar por infecciones, Bustamante y cols.²³ calculan una probabilidad de 8 veces más que en las personas sin problemas de nutrición, lo cual puede incrementar en esa misma proporción los costos de atención en salud. A nivel educativo afecta el desempeño escolar limitando la capacidad de aprendizaje y el desarrollo cognitivo, esto puede incrementar el índice de reprobación, deserción y bajo nivel educativo, situaciones que aumentan los costos en el sistema educativo²⁴. Los efectos en la salud y educación impactan en el desarrollo de capacidades, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que una persona que por desnutrición tuviera un leve retraso de crecimiento perdería 10% del potencial de desarrollo cognitivo y 4% de ingresos económicos en la vida²⁵.

La desnutrición no es solo una consecuencia, sino también causa de desigualdad económica porque incrementa el empobrecimiento y está estrechamente relacionada con la pobreza, un impacto favorable contra la desnutrición sólo se logrará mejorando las condiciones socioeconómicas de la población²⁶.

Por tanto, las acciones que logren disminuir la prevalencia de desnutrición tendrán impacto positivo en la calidad de vida de las personas y en la productividad del sistema económico del país.

Las Redes en Salud como estrategia para incrementar la atención oportuna en salud.

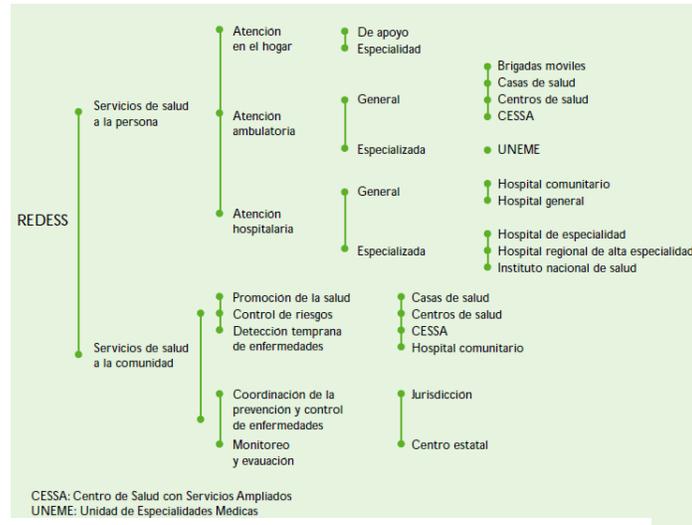
La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que "las políticas más exitosas en mantener y mejorar la salud de la población son aquellas que procuran el crecimiento económico, el desarrollo humano y la salud de una manera integral"²⁷.

En este sentido, las funciones de los sistemas de salud en cuanto a la prestación de servicios de salud, el ofrecer un trato adecuado a la persona y garantizar la protección financiera en salud contribuyen plenamente a mantener y mejorar la salud de la población.

Para lograr lo anterior, en México se creó el Sistema de Protección Social en Salud para incluir a todos los ciudadanos que no gozaban de ningún tipo de seguridad social y que en ese momento representaban la mitad de la población. La creación de este sistema garantiza el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud dictado por la Constitución para todos los ciudadanos del país.

Para Frenk²⁸, este sistema de protección social requería de un modelo de prestación de servicio que eliminara las barreras geográficas y organizacionales, que garantizara la seguridad y continuidad de la atención integrando de manera funcional los servicios de salud dirigidos a la persona y a las comunidades (figura 2).

Figura 2. Redes de servicios de salud.



Fuente: Subsecretaría de Innovación y Calidad. Modelo Integrador de Atención a la Salud. Secretaría de Salud. México, 2006

Fue por esta razón que se concibió el Modelo Integrador de Atención a la Salud como una forma de articular los diferentes niveles de atención en redes de servicios de salud que garantizaran la atención, tanto personal como comunitaria, con las características de prontitud y efectividad, que brindaran seguridad, dignidad en el trato y de manera sobresaliente la continuidad en el servicio.

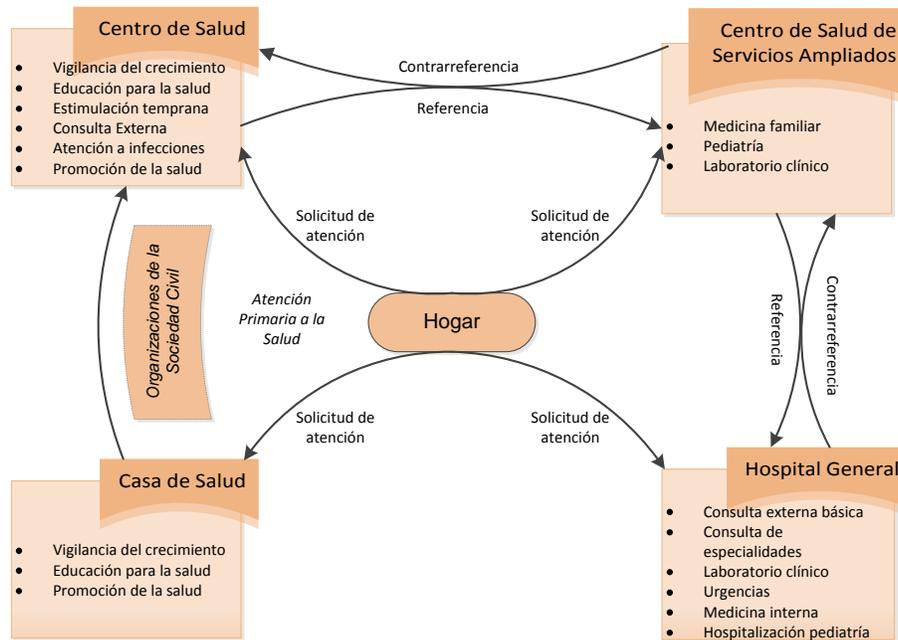
La integración funcional de la red de servicios de salud se origina en la comunidad y se apoya en el servicio de las casas de salud, centros de salud y hospitales de las diversas instituciones del sector, para resolver entre el 60% y 80% de la demanda.

El planteamiento de redes de servicios de salud obligaba pensar en cómo iniciar la estructuración de estas redes y en donde centrarlas. Según Rovere²⁹, todo inicia y se centra en la población, no en el centro de salud, no en un hospital, sino en el lugar y en las personas que significan la razón de existir de los sistemas de salud. Por ello es fundamental pensar en las necesidades de la población para adecuar la oferta de servicios de salud proporcionados.

Uno de los principios operativos del modelo integrador es la alta capacidad resolutive de las redes de servicios para resolver la mayoría de los problemas de salud que se presentan en el primer contacto, y sólo referir a aquellos pacientes que requieran atención médica especializada. Además, es necesario pensar en una adecuada división del trabajo dentro de las unidades de atención para asegurar la oferta continua de los servicios (figura 3).

Debido a la escasez de recursos, es importante hacer uso de todos los recursos disponibles para la salud de manera adecuada para proveer los servicios de salud de forma eficiente. Esto requiere la selección y combinación de los recursos de la unidad de salud, y los existentes en la comunidad para garantizar la atención y la calidad a un costo razonable.

Figura 3. Red de servicios de salud para la atención de la desnutrición infantil.



Las redes de servicios de salud tienen la función de atender manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo de disminuir las brechas en salud que existen entre los diferentes grupos de la población.

En materia de salud las necesidades son siempre mayores que los recursos. Por ello la conformación de redes de servicios de salud requiere una estrecha coordinación entre las instituciones que prestan servicios de salud, inicialmente Servicios Estatales de Salud, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, Pemex, Fueras Armadas, e incluyendo las instituciones privadas y las organizaciones sociales para incrementar la cobertura de los servicios y su funcionalidad.

La sociedad civil organizada como elemento del Sistema Nacional de Salud.

Las organizaciones de la sociedad civil han contribuido a la salud pública desde hace muchos años. En 1978 la Declaración de Alma Ata establecía la importancia de la participación de los ciudadanos y la sociedad organizada para lograr mejoras sanitarias.

En la actualidad las OSC tienen una creciente presencia en la escena pública bajo una diversidad de denominaciones que complica definir de manera clara su tipología y por tanto su regulación. Se han usado los términos de *organizaciones no gubernamentales, organizaciones civiles, tercer sector, instituciones de asistencia privada, sin fines de lucro, de promoción social y desarrollo*³⁰. Todas las denominaciones tratan de describir la pertenencia a una dimensión institucional que Bresser define como *lo público no estatal*. Girardo y Mochi plantean que el uso indistinto de estas denominaciones dificulta identificar una normatividad que regule las actividades que realizan. En este trabajo se utilizará la denominación de Organizaciones de la Sociedad Civil para referirse a las organizaciones que realizan actividades para mejorar las condiciones de vida de la sociedad sin fines de lucro.

En la década de 1980 surgieron un gran número de organizaciones de la sociedad civil probablemente como efecto de la disminución del crecimiento económico y la capacidad del Estado para proveer bienestar a la sociedad. Los intereses de actuación más frecuentes entre las OSC se relacionan al fomento a la educación, promoción de la salud y servicios médicos, defensa de los derechos humanos, asistencia social, desarrollo comunitario y medio ambiente³¹.

De acuerdo a la OMS³² el creciente número de OSC podría considerarse como una respuesta de la sociedad al desequilibrio que existe entre el poder del Estado con sus instituciones y a la inconformidad por la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos públicos.

En los últimos años el número de OSC en México se ha incrementado de manera importante. En el año 2006 el Sistema de Información del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil registró a 4,402, actualmente el sistema registra a 18,200 OSC. Durante ese periodo, el crecimiento neto por año fue de casi 2,000 OSC, esto representa un incremento de más de 300% en sólo 7 años. El 33.7% de las OSC registradas se encuentran bajo las descripciones más cercanas al ámbito de la salud (Promoción y aportación de servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias, Asistencia social conforme a lo establecido en la Ley General de Salud y Apoyo a la alimentación popular.)³³

Debido a que es un sector que carece de una regulación directa del Estado, no se cuenta con elementos para calcular el número de beneficiarios directos (y aún más los indirectos) de las acciones que realizan las OSC. Sin embargo, en el tema del financiamiento, el Sistema de Administración Tributaria registra los montos nacionales e internacionales que las OSC reciben como financiamiento para sus actividades, al menos de las OSC autorizadas como donatarias.

El reporte de donatarias autorizadas 2012³⁴ del SAT revela que las OSC a nivel nacional recibieron donativos en efectivo por un total de 22 mil 669.5 mdp. Como comparación se menciona que el presupuesto autorizado por la Cámara de Diputados para la función salud el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en el 2012³⁵ fue de 5 mil 314.41 mdp, es decir, los donativos recibidos por las OSC habrían alcanzado para financiar 4 veces la actividades de salud que realizó el Programa Oportunidades.

Por otra parte, el Programa de Coinversión Social (PCS), operado por el Instituto Nacional de Desarrollo Social es el programa gubernamental que destina la mayor cantidad de recursos a las OSC³¹. Si bien este programa forma parte del Sistema de Desarrollo Social, es necesario considerar que entrega recursos a las OSC que realizan las actividades establecidas en la Ley de Fomento a las Actividades Realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil, es decir, entrega recursos para la realización de actividades relacionadas a la salud.

En el año 2012 el PCS entregó recursos a 1,838 OSC por un monto total de \$ 398, 943, 802.8, en promedio \$ 217, 000.0 a cada institución³⁶. El concepto de coinversión del programa consiste en que las OSC apoyadas deben aportar el 20% del costo total del proyecto³⁷, por lo tanto, el monto total de inversión en proyectos aprobados por el PCS fue de \$ 478, 732, 563.36.

De acuerdo a la Ley General de Salud³⁸ las OSC que prestan servicios de salud forman parte del Sistema Nacional de Salud, que es coordinado por la Secretaría de Salud. Esta dependencia tiene la encomienda de promover la participación de los sectores prestadores de servicios de salud para alcanzar los objetivos del propio Sistema y a su vez cumplir con el derecho constitucional de que toda persona tenga acceso a la protección de la salud.

Asimismo, recae en la Secretaría de Salud la tarea de regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección de la salud relacionadas con la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Esta atribución le confiere la posibilidad de regular las actividades que realizan las organizaciones de la sociedad civil en materia de asistencia social y servicios de salud, es decir, ejercer la función de rectoría del Sistema Nacional de Salud.

El marco legal entorno a la participación de las representaciones sociales el desarrollo nacional.

En el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³⁹ se establece como derecho social la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad para todas las personas, y asociado al derecho de protección a la salud dan origen a la Ley General de Salud. Existen otros derechos enunciados en el mismo artículo, como el derecho a una vivienda digna, un ambiente sano, acceso al agua para consumo humano y los derechos establecidos para que los niños y niñas crezcan y se desarrollen de una manera integral. Estos derechos se asocian con el objeto de la Ley General de Desarrollo Social

Los derechos establecidos en este artículo sustentan las acciones del 33% de las OSC que registra el sistema federal para el fomento de las OSC, y que representan 6,133 organizaciones. En cuanto a los derechos relacionados al desarrollo social integral, es posible suponer que el origen de las más de 18, 000 OSC registradas se fundamenta en la defensa y ejercicio de los derechos constitucionales dirigidos al bienestar social.

En el artículo 26°, la Constitución ordena al Estado la creación de un sistema de planeación del desarrollo nacional que genere un Plan Nacional de Desarrollo en el que diversos actores sociales podrán participar para exponer sus aspiraciones y demandas. Este mandato parece originar la Ley de Planeación, que tiene como característica la reiterada mención de la participación de las OSC en diferentes ámbitos de actuación.

Como resultado de la revisión a la Constitución, en el sentido de la actuación de las OSC, se analizaron las leyes ya enunciadas: la Ley General de Salud, la Ley de Planeación⁴⁰ y la Ley General de Desarrollo Social⁴¹.

Adicionalmente a la Ley General de Salud, a la Ley General de Desarrollo Social y a la Ley de Planeación, es importante considerar otras leyes que por su interrelación con el sector social representan un marco jurídico importante de considerar en las iniciativas y proyectos de colaboración de entidades gubernamentales con OSC: la Ley de Asistencia Social⁴² y la Ley de Fomento a las Actividades Realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil⁴³.

Por otra parte, el Programa Nacional de Desarrollo (PND) 2012 – 2018⁴⁴ orienta su enfoque de desarrollo en las disposiciones establecidas en las leyes que han sido revisadas en este trabajo, además de las que corresponden a otras dimensiones. Los Programas Sectoriales que emanarán del PND se orientarán en los ordenamientos dispuestos en las leyes aplicables a cada sector.

Para efectos del presente trabajo, las estrategias establecidas en el PND que tienen afinidad con el planteamiento de un modelo de coordinación público – social en materia de atención a la desnutrición infantil son las siguientes:

Generar esquemas de desarrollo comunitario a través de procesos de participación social. Las líneas de acción de esta estrategia se orientan a fortalecer a los actores sociales que promueven acciones de desarrollo, potenciar la inversión conjunta de las OSC y los tres órdenes de gobierno y fortalecer el capital y cohesión social de las comunidades.

Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población. Promoviendo el desarrollo integral de los niños por medio de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil organizada.

Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Asegurando un enfoque integral y la participación de todos los actores para reducir la mortalidad materna, mortalidad infantil, combate a epidemias y desnutrición, intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.

De acuerdo al enfoque de estas estrategias, es posible esperar que los Programas Sectoriales establezcan pautas para la participación efectiva de la sociedad civil organizada, más allá de la modalidad contractual que supone brindar financiamiento público directo para la realización de proyectos limitados geográficamente, en su cobertura e impacto social.

La gestión para resultados de desarrollo como estrategia de coordinación intersectorial.

Durante la década de 1970 los países desarrollados emprendieron reformas para hacer frente a la crisis fiscal por la que atravesaban en ese momento. Las reformas en conjunto se conocen como la Nueva Gestión Pública (NGP)⁴⁵ que inspirada en el enfoque de gerencia del sector privado, pretende modificar el modelo burocrático del Estado, reemplazar el modelo tradicional de organización y entrega de servicios a la población. En resumen, promueve sustituir la administración pública por la gerencia pública.

La orientación de la NGP es claramente hacia la eficiencia de la operación de las acciones de gobierno, promueve una mayor eficiencia en los procesos buscando una mayor eficacia en los resultados. Las reformas de los procesos inspirados en la NGP hacen que el elemento de las acciones gubernamentales sea la lógica técnica por la posibilidad de optimizar los recursos a través de la capacidad de medir el desempeño.

La OCDE⁴⁶ recomienda concebir a la NGP como una serie de estrategias que buscan mejorar la eficiencia en la prestación de bienes y servicios a la población mediante herramientas que hagan menos costosa la producción para los gobiernos. Las estrategias que componen la NGP son: Devolver autoridad y otorgar flexibilidad; gestión para resultados; desarrollar la competencia y la elección; proveer servicios orientados a los ciudadanos; mejorar la gerencia de recursos públicos, optimizar la tecnología de la información, mejorar la calidad de la regulación, y fortalecer las funciones de dirección del gobierno local.

Los enfoques de gobierno que tienden más hacia la participación de la ciudadanía en procesos de decisión no comparten la idea de la NGP debido a que en la lógica de construcción de decisiones, el proceso es más importante que el resultado. No obstante, en el presente trabajo nos centraremos específicamente en la estrategia de gestión para resultados como una forma de hacer un planteamiento de coordinación sectorial que se oriente en el alcance de los objetivos relativos a la disminución de la desnutrición infantil.

Como una de las estrategias de la NGP, la Gestión para Resultados es una estrategia de gestión centrada en el desempeño cuya función es facilitar a las organizaciones públicas la dirección efectiva de los procesos de creación de resultados asegurando la máxima eficiencia y eficacia.

En el año 2005 durante el Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, los países socios y donantes respaldaron la llamada Declaración de París, que contiene seis compromisos compartidos sobre la Gestión para Resultados de Desarrollo (GpRD) denominada así debido a que se enfoca en la ayuda internacional hacia los países en desarrollo. Esta iniciativa representa un marco que fomenta la efectividad de las acciones de desarrollo en el cual la información generada por la estrategia es utilizada para la toma de decisiones sobre la misma estrategia.

La efectividad en el desarrollo significa que los países y las agencias donantes son capaces de lograr los resultados de desarrollo fijados de manera conjunta. Los resultados son los cambios observables de conducta, institucionales y sociales, generalmente como resultado de las inversiones coordinadas para el fortalecimiento de la capacidad individual y organizativa de los actores clave (gobierno y sociedad civil)

Actualmente algunos gobiernos están usando la GpRD para la planificación e implementación de planes nacionales de desarrollo, programas sectoriales y proyectos específicos para abatir la pobreza. Las agencias de desarrollo usan la GpRD para la planificación de programas de asistencia o proyectos específicos de apoyo a los países socios, definiendo de manera clara los resultados de desarrollo esperados, los indicadores y los métodos de medición del desempeño.

En México, según el estudio del Banco Interamericano, a nivel federal se tienen avances importantes en la planificación orientada por la GpRD. El principal reto es coordinar y articular los sistemas de planificación, presupuesto, evaluación y monitoreo. También se requiere avanzar a nivel sectorial para mejorar la capacidad de producir resultados por medio de una gerencia eficaz de los programas, proyectos y servicios que otorgan.

El estudio de Cabrero y Peña⁴⁷ sugiere que el panorama a nivel federal se presenta también a nivel municipal en aquellos municipios que han apropiado la NGP como filosofía de administración gubernamental. Las estrategias de la NGP que más han sido utilizadas en el diseño y operación de programas públicos municipales es la relacionada a proveer servicios orientados a los ciudadanos (45.3%) y el uso óptimo de las tecnologías de la información (32.5%). En contraste, sólo el 4.7% de los programas inspirados en la NGP se orientan por la estrategia de gestión para resultados.

4. Planteamiento del problema

La desnutrición representa un problema de salud pública debido a los efectos negativos que ocasiona en la salud, educación y economía de la sociedad. La desnutrición ocasiona una mayor probabilidad de padecer episodios de enfermedad. Esta situación incrementa los costos de diagnósticos, tratamientos, análisis clínicos, gestión de recursos humanos y uso de infraestructura por parte del sector salud⁴⁸.

En el 2012, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición reportó que existen 302,279 niños y niñas menores de 5 años que padecen bajo peso (esto representa una prevalencia de 2.8%⁴⁹). En la zona indígena mazahua la organización de la sociedad civil Un Kilo de Ayuda, AC. reportó en marzo de 2013 una prevalencia de 12.3%⁵⁰.

Estudios realizados por el INCMNSZ revelan que en la zona mazahua existen 8 niños con desnutrición por kilómetro cuadrado, representando la mayor concentración de desnutrición a nivel nacional.

Paradójicamente, en la zona mazahua se cuenta con 55 médicos por cada 100,000 habitantes, mientras que para la entidad es apenas de 19.6. La misma situación se presenta con el número de consultorios disponibles que es, 41 y 17 respectivamente. Una situación a destacar es que el 59.6% de las unidades médicas instaladas se componen de 1 núcleo básico, lo que puede limitar una oferta amplia o mayor de los servicios de salud según las necesidades de su población⁵¹.

Aunado a lo anterior, durante el 2012 el 67.1% de las familias de la zona mazahua eran beneficiarias del Programa Oportunidades, el cual se estima que invirtió \$ 352,962,645.00 en esos municipios⁵².

La relevancia del problema de la desnutrición infantil ha propiciado la intervención de diversas organizaciones de la sociedad civil. En el 2009 el INCMNSZ registro a once OSC que implementaban programas de combate a la desnutrición en la zona mazahua, destacándose por su inversión de recursos la organización Un Kilo de Ayuda, A.C. y World Vision México, A.C. que para el año 2012 invirtieron \$15,822,982.68 y \$6,763,512.50 respectivamente.

Sin embargo, a pesar de los propósitos de las organizaciones y de los recursos económicos invertidos, la falta de coordinación de acciones, la competencia por la cobertura, y el uso de métodos diferentes de intervención han obstaculizado el alcance de sus objetivos primordiales.

En función de lo anterior, en el presente documento se propone el desarrollo de un modelo de coordinación operativa intersectorial que fortalezca las intervenciones institucionales bajo el principio de dividir responsabilidades para multiplicar resultados⁵³ con el propósito de responder a la siguiente pregunta:

¿La coordinación sectorial para la atención de la desnutrición infantil puede potenciar la efectividad de las acciones institucionales y mejorar el uso y asignación de sus recursos?

5. Justificación

Las dimensiones de pobreza que padece la población mazahua condicionan su desarrollo social y su estado de salud. Los daños a la salud más significativos se manifiestan principalmente en los niños y niñas menores de 5 años. De acuerdo a los resultados de la organización Un Kilo de Ayuda, A.C. la prevalencia de desnutrición de alto riesgo (menos de -2 D.E. del indicador peso-edad) en esta zona es de 12.3% en contraste con la prevalencia de 2.8% reportada a nivel nacional por la Ensanut 2012. La importancia de medir la desnutrición infantil radica en que expresa el conjunto de condiciones de alimentación, salud, vivienda y educación que prevalecen en los entornos comunitarios.

En este sentido, el Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018⁵⁴ considera como una de sus cinco Metas Nacionales lograr un México Incluyente en la que la prioridad es el desarrollo social del país, proponiendo como una de sus estrategias “*generar esquemas de desarrollo comunitario a través de la participación social*”. Las líneas de acción consideran el fortalecimiento de los actores sociales y la inversión financiera conjunta de la sociedad organizada y los tres órdenes de gobierno.

Por otra parte, el Sistema Nacional para la Cruzada Nacional contra el Hambre⁵⁵ establece como parte de sus objetivos eliminar la desnutrición infantil aguda y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez. Para alcanzar este objetivo, se considera la participación técnica y financiera de las OSC.

En México, las experiencias de asociación público – social se han concentrado en bajo la modalidad contractual, es decir, el financiamiento con recursos públicos de proyectos presentados por OSC ante entidades públicas, principalmente ante el Programa de Coinversión Social que durante el 2008 entregó recursos al 40% de las OSC inscritas en el Registro Federal de Organizaciones de la Sociedad Civil⁵⁶. Las dificultades de las OSC para acceder a fuentes de financiamiento directo limita el alcance de las actividades que realizan, colocándolas frecuentemente en una situación de dependencia de los programas de gobierno.

En la zona mazahua existe presencia de un número importante de OSC, sin embargo sólo tres organizaciones han logrado consolidar sus operaciones beneficiando a una población objetivo definida: World Vision México, A.C., Pro Zona Mazahua, A.C. y Un Kilo de Ayuda, A.C. Las razones de su consolidación podrían fundamentarse en la solidez de su estructura interna y a la diversificación de sus fuentes de financiamiento.

La existencia de un modelo que oriente la coordinación de las actividades operativas de las OSC con la operación de programas gubernamentales podría significar una fuente de financiamiento indirecto para las propias OSC debido a que las necesidades de inversión para la implementación de las actividades disminuirían de manera considerable.

La coordinación de actividades operativas podría incrementar la capacidad de los sectores público y social para la solución de las problemáticas que causan la marginación y pobreza que padecen los habitantes de la zona mazahua, especialmente en los niños y las niñas menores de 5 años.

6. Objetivos

Objetivo general.

Desarrollar una propuesta de modelo de cooperación entre el sector público y social para fortalecer los servicios de atención a los niños con desnutrición en el Estado de México.

Objetivos específicos.

1. Realizar un análisis funcional de los servicios de atención a la desnutrición infantil en los municipios de la zona Mazahua.
2. Compilar el marco legal que fomenta la participación de las organizaciones de la sociedad civil en programas gubernamentales de salud y desarrollo social.
3. Investigar las prácticas relevantes de colaboración entre el sector público y organizaciones de la sociedad civil que operan en la zona Mazahua.
4. Integrar un modelo de cooperación sectorial.

7. Materiales y Métodos.

Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio de tipo descriptivo donde a partir de revisión documental se desarrolló una propuesta-modelo de coordinación sectorial con miras a mejorar la desnutrición infantil en el Estado de México.

Fases del estudio:

1. Compilación de material bibliográfico.
2. Análisis preliminar de la información.
3. Recopilación de información primaria.
4. Procesamiento y sistematización de la información primaria.
5. Integración de la propuesta de modelo de coordinación sectorial.

Para la realización del análisis funcional de los servicios de atención a la desnutrición infantil se calculó la oferta y demanda del servicio de consulta médica recopilando datos sobre atención a niños con desnutrición en las unidades de salud de primer nivel de atención ubicadas en los municipios que conforman la zona mazahua. La selección de las unidades de salud fue aleatoria y dependió de la disposición del personal de salud a proporcionar los datos solicitados.

Los datos recopilados corresponden al mes de abril de 2013:

Nº niños con desnutrición leve
Nº niños con desnutrición moderada
Nº niños con desnutrición grave
Nº consultas otorgadas a niños con desnutrición
Nº consultorios

Para complementar el cálculo de la demanda se consideró como estándar lo indicado en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999⁵⁷, Para la atención a la salud del niño:

Clasificación	Acciones	Consultas por mes
Desnutrición Leve	Orientación alimentaria	1
Denutrición Moderada SIN infección	Recuperación nutricia ambulatoria	2
Denutrición Moderada CON infección	Envío a unidad de segundo nivel	
	Recuperación nutricia ambulatoria	2
Desnutrición Grave	Envío a unidad de segundo nivel	
	Recuperación nutricia ambulatoria	2

De acuerdo a lo establecido en la norma oficial, se calculó la demanda mensual de consultas médicas por medio de la siguiente fórmula:

Nº casos de desnutrición Leve	X 1	=	Demanda de consultas para atención de desnutrición Leve
			+
Nº casos de desnutrición Moderada	X 2	=	Demanda de consultas para atención de desnutrición Moderada
			+
Nº casos de desnutrición Grave	X 2	=	Demanda de consultas para atención de desnutrición Severa
			Demanda total de consultas para atención de Desnutrición

Para compilar el marco legal que fomenta la participación de las OSC, se realizó una revisión de la legislación mexicana. En una primera etapa se revisó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes que emanan de ella, para extraer los artículos que enuncien la inclusión de la sociedad civil, bajo las siguientes denominaciones:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sector social• Organizaciones de la sociedad civil• Sociedad civil organizada | <ul style="list-style-type: none">• Sociedad civil• Representaciones de la sociedad civil• Grupos sociales |
|---|--|

En una segunda etapa, los artículos constitucionales identificados se concentraron en una matriz para clasificarlos en función de la dimensión de participación que establecen para la sociedad civil.

Las categorías que se utilizaron para la clasificación fueron:

Nivel	Descripción
Consulta/opinión	Cuando se limita a conocer la opinión del sector social.
Concertación	Cuando se aprecia la posibilidad de interlocución entre el sector público y el sector social.
Rectoría	Cuando existe una normativa establecida que el sector público sea responsable de cumplir.
Participación	Cuando se enuncia la implicación activa del sector social.
Financiamiento	Relativo a aportación de recursos desde el sector público al social o viceversa.

La clasificación creada para analizar el enfoque de los ordenamientos legales que influyen sobre la actuación de las OSC fue concebida en función del nivel de interacción que se fomenta entre el sector público y el sector social. La denominación de los niveles se retoma de los conceptos y tendencias utilizados en las mismas leyes. De esta forma, al comentar sobre cada una de las leyes en cuestión, era posible que un mismo ordenamiento fuera clasificado con uno o más niveles debido a que la naturaleza misma de la interacción puede implicar niveles progresivos, por ejemplo, un ordenamiento que fuera clasificado con el nivel “participación” necesariamente debió ser clasificado con el nivel “concertación”, que es el nivel inmediato anterior, no pudiendo presentarse el caso contrario de que un ordenamiento clasificado con el nivel “concertación” tuviera que ser necesariamente clasificado con el nivel “participación”.

Para identificar las prácticas relevantes de colaboración intersectorial, se realizó una revisión documental de las experiencias de colaboración de instituciones del sector público con organizaciones de la sociedad civil que operan programas y proyectos en temas de salud con recursos financieros no provenientes de programas gubernamentales, en los municipios de la zona Mazahua y en otras zonas geográficas.

Se seleccionan 2 organizaciones de la sociedad civil que manifestaron al menos 2 experiencias de colaboración con entidades públicas.

Las características de la colaboración intersectorial se clasificó según los elementos del proceso administrativo: planeación, organización, dirección y control. Con esta clasificación se construyó una matriz que permitiera la visualización general y a su vez la comparación de la complejidad de las colaboraciones estudiadas.

Finalmente se elaboró un modelo de coordinación armonizando las prácticas más relevantes identificadas con elementos de la estrategia de Gestión para Resultados de Desarrollo.

8. Estudio de Factibilidad.

Técnica.

Para la realización del presente estudio se cuenta con la documentación proporcionada por dos organizaciones de la sociedad civil que describen las experiencias de cooperación con entidades gubernamentales. Para facilitar la sistematización de la información, las organizaciones han facilitado copia de los convenios de colaboración firmados con instituciones públicas.

Los datos de servicios de salud otorgados por unidades de salud son accesibles en las propias unidades, para lo cual será necesario acudir y presentar la solicitud correspondiente, que puede ser escrita o verbal.

Las estadísticas relacionadas al estado de nutrición de los niños menores de 5 años, así como su ubicación geográfica serán obtenidas de las bases de datos de una organización civil y entidad pública.

Social.

La población objeto de este estudio habita en 5 municipios de la zona mazahua del Estado de México: Donato Guerra, San Felipe del Progreso, San José del Rincón, Villa de Allende y Villa Victoria.

Durante grupos focales organizados con fines de diagnóstico por una organización de la sociedad civil, diversos grupos poblacionales expresan reconocer a la desnutrición como un problema de salud que persiste en sus localidades.

Legal.

La Ley de Fomento a las Actividades realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil establece el derecho de las OSC a participar en las actividades relativas a la provisión de servicios de salud reguladas por el Estado.

En términos generales, el marco jurídico que se propone analizar para identificar los ordenamientos legales que fomentan y permiten la participación de las organizaciones de la sociedad civil establece la factibilidad jurídica del presente estudio.

9. Resultados

Análisis funcional de los servicios de atención a la desnutrición infantil.

El procedimiento propuesto inicialmente para calcular la oferta y la demanda del servicio se modificó ligeramente debido a las dificultades en la consolidación de la información por parte de las unidades de salud, principalmente en el registro de niños con desnutrición y el registro del motivo de consulta.

Las unidades de salud registran de manera diferenciada a los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y a la población que no lo es, la que también se le denomina como población abierta. La población beneficiaria de Oportunidades debe asistir a consulta de manera periódica, sin embargo, a pesar de las medidas establecidas en la norma oficial, los periodos de consulta son muy variables entre las unidades dependiendo principalmente del número de personas que tengan a cargo y el número de localidades que reciban atención en esa unidad. Para otorgar los servicios que ofrecen, las unidades tienden a organizar a la población en grupos según su localidad, barrio, sector o manzana en la que habitan, de acuerdo a la letra inicial de su apellido o incluso a partir de divisiones subjetivas que realiza el personal de salud. Otra práctica frecuente entre las unidades es que se establece un número máximo de consultas diarias, independientemente del número de personas que soliciten la atención. Estas situaciones fueron referidas de manera verbal, por lo cual no existe una forma de registrar los servicios que son solicitados y no proporcionados, esta información sería de utilidad para precisar la brecha que existiera entre la demanda de servicios y la oferta otorgada.

Estas prácticas, orientadas por la saturación de actividades de la unidad de salud, dificulta el seguimiento a los casos con desnutrición. Esto se aprecia en la desproporción que existe en el número de consultas otorgadas a los niños que padecen desnutrición reportadas por las unidades de salud, y que se muestran a continuación a partir de la tabla núm. 1.

Tabla 1. Atención médica a niños con desnutrición en unidades de salud de la zona mazahua en el Estado de México, mayo 2013.

Localidades	N° Niños con desnutrición*	80% de la demanda**	N° Médicos*	N° Consultas Totales Cuidado del Niño *	N° Consultas Promedio por Niño *
<i>San Jerónimo Bonchete</i>	16	13	1	70	5
<i>El Rincón de los Pirules</i>	21	17	1	30	2
<i>Los Cedros (10 localidades)</i>	82	66	2	140	2
<i>San Marcos La Loma (4 localidades)</i>	40	32	2	263	8
<i>Concepción Mayorazgo</i>	64	51	2	91	2
<i>Concepción Chico</i>	15	12	1	193	16
<i>La Campanilla</i>	46	37	1	87	2
<i>La Fábrica Concepción</i>	14	11	1	32	3
<i>El Carmen Ocotepc</i>	189	151	3	433	3
Total	487	390	14	1,339	3

Fuente: * Elaboración propia en base a los datos proporcionados por personal de las unidades de salud, abril 2013

** Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Planeación de Unidades Médicas. Secretaría de Salud. México, 2006

Considerando las dificultades en la obtención e interpretación de los datos proporcionados por las unidades de salud, se realizó un análisis de accesibilidad de la red de servicios hacia el segundo nivel de atención (tabla 2), al cual deben ser referidos los niños con desnutrición moderada e infección y niños con desnutrición severa, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud de niño.

Para realizar este análisis se consideró la conformación de redes de servicios realizada por la Coordinación de Salud del Instituto de Salud del Estado de México para el periodo 2012 – 2030.⁵⁸

Tabla 2. Accesibilidad a la red de servicios de salud de segundo nivel de atención en la zona mazahua del Estado de México, mayo 2013.

Localidades	Municipio	Red a la que pertenece*	Unidad de Salud de referencia*	Ubicación de la Unidad de referencia	Distancia (km)	Tiempo de traslado (min)	Cumple con lineamiento**
San Jerónimo Bonchete	San Felipe del Progreso	Atzacomulco	Hospital General	San Felipe del Progreso	15	22	Si
El Rincón de los Pirules	San Felipe del Progreso	Atzacomulco	Hospital General	San Felipe del Progreso	10	20	Si
Los Cedros (10 localidades)	Villa Victoria	Valle de Bravo	Hospital Municipal	Villa Victoria	23	27	Si
San Marcos La Loma (4 localidades)	Villa Victoria	Valle de Bravo	Hospital Municipal	Villa Victoria	25	30	Si
Concepción Mayorazgo	San Felipe del Progreso	Atzacomulco	Hospital General	San Felipe del Progreso	28	34	Si
Concepción Chico	San Felipe del Progreso	Atzacomulco	Hospital General	San Felipe del Progreso	18	30	Si
La Campanilla	Villa Victoria	Valle de Bravo	Hospital Municipal	Villa Victoria	28	33	Si
La Fábrica Concepción	San José del Rincón	Atzacomulco	Hospital Materno Infantil	San José del Rincón	7	9	Si
El Carmen Ocotepc	San Felipe del Progreso	Atzacomulco	Hospital General	San Felipe del Progreso	6	11	Si

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por personal de las unidades de salud, abril 2013

* Redes Integradas de Atención a la Salud, Instituto de Salud del Estado de México, 2013

** De acuerdo al documento "Planeación de Unidades Médicas. Modelo Integrador de Atención a la Salud".

Como se aprecia en la tabla 2, los resultados muestran que en casos de referencia de niños con desnutrición a segundo nivel de atención, la conformación de la red de servicios facilitaría que se recibiera la atención médica de forma oportuna, condicionada por la infraestructura disponible. Si bien las localidades fueron seleccionadas de manera aleatoria y en dependencia de la disponibilidad del personal de salud, al menos la mitad de las localidades se ubican en la periferia de la zona mazahua, lo que significa que a pesar de la distancia el componente de atención en segundo nivel de la red de servicios es funcional.

Estudio del Marco Legal.

Como se mencionó anteriormente, la revisión del marco legal que fomenta la colaboración intersectorial se basa en la revisión de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Leyes que emanan para reglamentar sus ordenamientos.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³⁶ establece la responsabilidad del Ejecutivo Federal de organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional mediante la participación de los diversos sectores sociales para recoger las aspiraciones y demandas de la sociedad e incorporarlas al Plan Nacional de Desarrollo y los programas sectoriales que de este emanen.

La revisión de la Constitución Política (tabla 3) se orientó en la identificación de los artículos que dan origen al marco legal entorno a la actuación de la sociedad civil organizada.

Tabla 3. Artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que regulan la participación de las OSC en la provisión de servicios de salud y en el desarrollo nacional.

Artículo	Texto
Art. 4° párrafo tercero	Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.
párrafo cuarto	Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
párrafo décimo	El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.
Art. 25° párrafo primero	Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional.
párrafo tercero	Al desarrollo económico nacional concurrirán, con responsabilidad social, el sector público, el sector social y el sector privado.
párrafo quinto	[El sector público] podrá participar por sí o con los sectores social y privado, de acuerdo con la ley, para impulsar y organizar las áreas prioritarias del desarrollo.
párrafo séptimo	La ley establecerá los mecanismos que faciliten la organización y la expansión de la actividad económica del sector social...para la producción, distribución y consumo de bienes y servicios socialmente necesarios.
Art. 26° párrafo primero	El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional...
párrafo segundo	La planeación será democrática. Mediante la participación de los diversos sectores sociales recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al plan y los programas de desarrollo.

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión bibliográfica de la Constitución Políticas de los Estados Unidos Mexicanos.

La Ley General de Salud³⁸ reglamenta el derecho que tiene toda persona a recibir protección de la salud. Crea el Sistema Nacional de Salud que está constituido por dependencias y entidades de la Administración Pública y los sectores privado y social que presten servicios de salud. La Secretaría de Salud, como coordinadora del Sistema, promoverá la participación de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado. La concertación de acciones se realizara mediante convenios y contratos especificando el carácter operativo de las acciones, reservando siempre la función de autoridad de la Secretaría. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos estatales promoverán y apoyarán la constitución de asociaciones que tengan por objeto participar de manera organizada en las acciones de mejoramiento de la salud. La Secretaría impulsará la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materno-Infantil con la participación de los sectores público, social y privado en los ámbitos federal y estatal. Se establece que todas las entidades de la administración pública, sectores privado y social, que generen información relativa a mortalidad, morbilidad, factores demográficos, sociales y ambientales vinculados a la salud deberán suministrarla a la Secretaría con la periodicidad y en los términos en que esta señale, para lo anterior se le faculta para orientar la producción, procesamiento, sistematización y divulgación de la información.

Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría, las entidades federativas y dependencias de gobierno formularán y desarrollarán programas de nutrición promoviendo la participación de organismos nacionales, internacionales, sector privado y social. La Secretaría establecerá un sistema de vigilancia epidemiológica de la nutrición, tendrá facultades para normar el desarrollo de programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y establecerá las necesidades nutritivas que deban cubrir los cuadros básicos de alimentos.

La Ley General de Salud (tabla 4). Fue instaurada en el año de 1984 y ha sido reformada aproximadamente en 70 ocasiones. Se compone de 482 artículos que regulan el ámbito de acción en torno a la salud de los sectores público, social y privado.

Tabla 4. Artículos de la Ley General de Salud que regulan la participación de las OSC en la prestación de servicios de salud.

Artículo	Texto	Consulta/Opinión	Concertación	Participación	Rectoría	Financiamiento
Art. 5°	El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.		*	*	*	
Art. 10°	La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.		*	*	*	
Art. 11°	La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos.		*	*		
Art. 64° Bis	La Secretaría de Salud impulsará la participación de los sectores social y privado, así como de la sociedad en general, para el fortalecimiento de los servicios de salud en materia de atención materno-infantil. Para tal efecto, promoverá la creación de Redes de Apoyo a la Salud Materno-Infantil, tanto en el ámbito federal, como en las entidades federativas, con la finalidad de facilitar el acceso a las mujeres embarazadas a información relativa a la prestación de servicios de atención médica en esta materia, y en su caso, brindarles apoyo para el acceso a ellos.		*	*	*	
Art. 114° párrafo primero	Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal.				*	

párrafo segundo	La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos de los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se relacionen con la nutrición, alimentos, y su disponibilidad, así como de los sectores sociales y privado.	*	*	*	*	
Art. 115° fracción	[La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:] Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición.				*	
fracción II	[La Secretaría de Salud tendrá a su cargo:] Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.				*	
fracción III	Normar el establecimiento, operación y evaluación de servicios de nutrición en las zonas que se determinen, en función de las mayores carencias y problemas de salud.				*	

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión bibliográfica de la Ley General de Salud, México.

Del total de artículos que componen la ley, 6 artículos asumen la inclusión de la sociedad civil organizada, estos artículos integran un total de 9 ordenamientos para este sector. Del total de ordenamientos, 8 de ellos implican la función de rectoría del Estado en la figura de la Secretaría de Salud (SS), principalmente en los que se refieren a la prestación de servicios y generación de información. Por otra parte, 5 ordenamientos permiten la concertación pública – social y promueven la participación activa de las OSC en actividades de planeación y prestación de servicios, aunque estos ordenamientos implican la rectoría de la SS. Es de notar la tendencia de los ordenamientos a mantener la regulación sanitaria en procesos que implican la participación de las OSC.

La Ley General de Desarrollo Social⁴¹ determina la competencia del Gobierno Federal, los Estados y municipios en materia de desarrollo social así como las bases para la concertación de acciones con los sectores social y privado. Esta ley establece como principio la participación social, entendida como el derecho de las personas y organizaciones a integrarse en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas, programas y acciones de desarrollo social. Se considera que la educación, salud, alimentación, vivienda, medio ambiente sano y seguridad social son derechos en términos de la Constitución. La ley considera la posibilidad de que los recursos presupuestales federales asignados a los programas sociales puedan ser complementados con aportaciones de organismos internacionales y de los sectores privado y social. Se establece que la Secretaría de Desarrollo Social, en su carácter de coordinadora del Sistema Nacional de Desarrollo Social, promoverá la celebración de convenios con otras dependencias, estados, municipios y organizaciones sociales para dar cumplimiento a la Política Nacional de Desarrollo Social. Los estados y municipios tendrán la atribución de concertar acciones con los sectores social y privado. Los municipios serán los encargados de establecer los mecanismos para incluir la participación social organizada en los programas y acciones de desarrollo social. Se faculta a la Comisión Nacional de

Desarrollo Social para atender la solicitud de colaboración del sector social. Las organizaciones sociales podrán recibir fondos públicos para operar programas sociales propios, siempre que cumplan con los requisitos, objetivos y modalidades de participación que defina el Gobierno Federal por medio de la Secretaría.

La Ley General de Desarrollo Social (tabla 5) fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero de 2004 y desde entonces ha sido reformada en una sola ocasión. Se trata de una ley corta que consta de 85 artículos que regulan la Política Nacional de Desarrollo y su evaluación, el Sistema Nacional de Desarrollo y los derechos y obligaciones de las personas que son sujetos del desarrollo social.

Tabla 4. Artículos de la Ley General de Desarrollo Social que regulan la participación de las OSC en el desarrollo nacional.

Artículo	Texto	Consulta/Opinión	Concertación	Participación	Rectoría	Financiamiento
Art. 1° fracción IV	[La presente Ley tiene por objeto] Determinar la competencia de los gobiernos municipales, de las entidades federativas y del Gobierno Federal en materia de desarrollo social, así como las bases para la concertación de acciones con los sectores social y privado.		*			
Art. 11° fracción IV	[La Política Nacional de Desarrollo Social tiene los siguientes objetivos] Garantizar formas de participación social en la formulación, ejecución, instrumentación, evaluación y control de los programas de desarrollo social.		*	*		
Art. 24°	Los recursos presupuestales federales asignados a los programas de desarrollo social podrán ser complementados con recursos provenientes de los gobiernos estatales y municipales, así como con aportaciones de organismos internacionales y de los sectores social y privado.		*	*	*	*
Art. 38° fracción I	[El Sistema Nacional de Desarrollo Social tiene por objeto] Integrar la participación de los sectores público, social y privado en el cumplimiento de los objetivos, estrategias y prioridades de la Política Nacional de Desarrollo Social.		*	*	*	
Art. 43° fracción V	[Corresponde al Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría, las siguientes atribuciones] Promover la celebración de convenios con dependencias del Ejecutivo Federal, entidades federativas, municipios y organizaciones civiles y privadas, para la instrumentación de los programas relacionados con el desarrollo social.		*	*	*	
Art. 44° fracción IV	[Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de su competencia, las siguientes atribuciones] Concertar acciones con organizaciones en materia de desarrollo social.		*			
Art. 45° fracción VI	[Corresponde a los ayuntamientos en el ámbito de su competencia, las siguientes atribuciones] Concertar acciones con los sectores social y privado en materia de desarrollo social.		*			

fracción VII	[Corresponde a los ayuntamientos en el ámbito de su competencia, las siguientes atribuciones] Establecer mecanismos para incluir la participación social organizada en los programas y acciones de desarrollo social.		*	*	*	
Art. 50°	La Comisión Nacional [de Desarrollo] estará facultada para atender la solicitud de colaboración de los sectores social y privado cuando se traten asuntos de su interés o competencia.	*				
Art. 62°	Las organizaciones que tengan como objetivo impulsar el desarrollo social de los mexicanos podrán participar en las acciones relacionadas con el diseño, ejecución y evaluación de las políticas, programas y acciones públicas en esta materia.	*	*	*	*	
Art. 63°	El Gobierno Federal deberá invitar a las organizaciones, mediante convocatorias públicas que deberán contener los requisitos, objetivos y modalidades de participación.				*	
Art. 64°	Las organizaciones podrán recibir fondos públicos para operar programas sociales propios, a excepción de aquéllas en las que formen parte de sus órganos directivos servidores públicos, sus cónyuges o parientes consanguíneos hasta el cuarto grado, por afinidad o civiles.		*	*	*	*

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión bibliográfica de la Ley General de Desarrollo Social, México.

El análisis de los artículos de esta ley indica que existen 11 artículos que contemplan la inclusión del sector social en diferentes niveles de interacción. Estos artículos integran 12 ordenamientos que regulan las modalidades de interacción pública – social. La clasificación por concertación es la más frecuente apareciendo en 10 de los 12 los ordenamientos. La mayoría de estos ordenamientos reitera la idea de definir la participación concurrente de las OSC en los procesos de planeación y ejecución de programas de desarrollo social. La participación activa y la rectoría ocupan el segundo nivel que más aparece entre los artículos, con 7 ordenamientos que se orientan hacia ellas. En cuanto al financiamiento y la consulta/opinión, tiene poca recurrencia en los propósitos generales de estos artículos.

La Ley de Planeación⁴⁰ cumple el mandato de promover la participación democrática de los grupos sociales en la planeación y ejecución de los planes y programas propuestos por el Gobierno Federal, Estatal y Municipal. Los programas sectoriales deben elaborarse tomando en cuenta las propuestas que presenten los grupos sociales. Se indica que el PND y los programas sectoriales especificarán las acciones que serán objeto de inducción o concertación con los grupos sociales para apoyar su ejecución. El Ejecutivo Federal, los Estados y las dependencias podrán concertar la realización de las acciones previstas en el Plan con grupos sociales por medio de contratos o convenios de cumplimiento obligatorio.

La Ley de Planeación (tabla 6) fue instaurada en el año de 1983. Ha tenido 6 reformas durante su historia. Se compone por 44 artículos que regulan las normas y principios básicos conforme a los cuales se elabora la Planeación Nacional del Desarrollo. A su vez, la planeación encauza las actividades de la Administración Pública Federal.

Tabla 6. Artículos de la Ley de Planeación que regulan la participación de las OSC en los procesos de planeación del desarrollo nacional.

Artículo	Texto	Consulta/Opinio	Concertación	Participación	Rectoría	Financiamiento
Art 1° fracción IV	[Las disposiciones de esta Ley son de orden público y tienen por objeto establecer:] Las bases para promover y garantizar la participación democrática de los diversos grupos sociales así como de los pueblos y comunidades indígenas, a través de sus representantes y autoridades, en la elaboración del Plan y los programas a que se refiere esta Ley.	*				
Art. 4°	Es responsabilidad del Ejecutivo Federal conducir la planeación nacional del desarrollo con la participación democrática de los grupos sociales.	*			*	
Art. 14° fracción II	[La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tendrá la atribución de] Elaborar el Plan Nacional de Desarrollo, tomando en cuenta las propuestas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los gobiernos de los estados, los planteamientos que se formulen por los grupos sociales y por los pueblos y comunidades indígenas interesados...	*				
fracción III	Proyectar y coordinar la planeación regional con la participación que corresponda a los gobiernos estatales y municipales; así como consultar a los grupos sociales y los pueblos indígenas y, en su caso, incorporar las recomendaciones y propuestas que realicen...	*				
Art. 16° fracción III	[A las dependencias de la administración pública federal les corresponde] Elaborar programas sectoriales, tomando en cuenta las propuestas que presenten las entidades del sector y los gobiernos de los estados, así como las opiniones de los grupos sociales y de los pueblos y comunidades indígenas.	*				
Art. 20° párrafo primero	En el ámbito del Sistema Nacional de Planeación Democrática tendrá lugar la participación y consulta de los diversos grupos sociales, con el propósito de que la población exprese sus opiniones para la elaboración, actualización y ejecución del Plan y los programas a que se refiere esta Ley.	*				
Art. 28°	El Plan y los programas a que se refieren los artículos anteriores especificarán las acciones que serán objeto de coordinación con los gobiernos de los estados y de inducción o concertación con los grupos sociales interesados.	*	*		*	
Art. 32° párrafo tercero	La ejecución del Plan y los programas podrán concertarse, conforme a esta ley, con las representaciones de los grupos sociales interesados o con los particulares.	*	*			
Art. 37° párrafo primero	El Ejecutivo Federal, por sí o a través de sus dependencias, y las entidades paraestatales, podrán concertar la realización de las acciones previstas en el Plan y los programas, con las representaciones de los grupos sociales o con los particulares interesados.	*	*			

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión bibliográfica de la Ley de Planeación, México.

Del total de artículos que contiene esta ley, existen 8 artículos que incluyen la figura de las organizaciones sociales como un actor a considerar en las actividades de planeación del desarrollo nacional. Estos artículos se integran en 9 ordenamientos. Todos ellos son clasificados en el nivel de consulta/opinión, lo cual evidentemente es influenciado por la propia orientación de la ley. Sin embargo, es de destacar que solo una tercera parte de los ordenamientos tuvieron el nivel de concertación y sólo 2 con el nivel de rectoría. También es necesario comentar que ningún ordenamiento se clasificó en los niveles de participación y financiamiento.

La Ley de Asistencia Social⁴² se basa en el conjunto de acciones tendientes a mejorar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral del individuo, así como la protección de las personas en estado de necesidad. Se determina que las personas que son objetivo de la asistencia social son niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo, quienes padecen desnutrición, deficiencias de desarrollo físico y mental, entre otras. Corresponde a los gobiernos estatales organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de salud en materia de asistencia social, con base en las normas oficiales que expida la Secretaría de Salud. El Estado promoverá la creación de asociaciones de asistencia privada, fundaciones, y similares, para que con sus propios recursos, o los aportados por la sociedad, se amplíe la cobertura de los servicios de salud de asistencia social.

La Ley de Asistencia Social (tabla 7) fue promulgada en el año 2004. Se ha reformado en 3 ocasiones. Cuenta con 68 artículos que en conjunto tienen por objeto sentar las bases para la creación del Sistema Nacional de Asistencia Social. Se fundamenta en las disposiciones que contiene la Ley General de Salud en materia de Asistencia Social. Promueve la concurrencia de los distintos niveles de gobierno, del sector privado y sector público.

Tabla 7. Artículos de la Ley de Asistencia Social que regulan la participación de las OSC en los servicios de asistencia.

Artículo	Texto	Consulta/Opinión	Concertación	Participación	Rectoría	Financiamiento
Art. 5°	La rectoría de la asistencia social pública y privada corresponde al Estado...				*	
Art. 7°	Los servicios de salud en materia de asistencia social que presten la Federación, los Estados, los municipios y los sectores social y privado, forman parte del Sistema Nacional de Salud, a través del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.		*	*	*	
Art. 9°	La Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en su carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, tendrán respecto de la asistencia social, y como materia de salubridad					

	general, las siguientes atribuciones:					
fracción X	Concertar acciones con los sectores social y privado, mediante convenios y contratos en que se regulen la prestación y promoción de los servicios de salud en materia de asistencia social, con la participación que corresponda a otras dependencias o entidades.		*	*	*	
Art. 21°	Los gobiernos Federal, de las Entidades Federativas, del Distrito Federal, y de los Municipios, en sus respectivas competencias, podrán promover la participación correspondiente de la sociedad en la planeación, ejecución y evaluación de la política nacional de asistencia social. Para tal efecto, podrán concertar acciones y establecer acuerdos y convenios de colaboración con los sectores social y privado y con instituciones académicas, grupos y demás personas físicas y morales interesadas en la prestación de servicios de asistencia social.		*	*		
Art 44°	Con el propósito de asegurar la adecuada coordinación de acciones en el ámbito de la prestación de los servicios de asistencia social y con el objeto de favorecer prioritariamente a los grupos sociales más vulnerables, en los términos del Sistema Nacional de Planeación, de la Ley General de Salud, y de este Ordenamiento, El Organismo, celebrará acuerdos y concertará acciones con los sectores público, social y privado; y en su caso, con las autoridades de las diferentes comunidades indígenas de las entidades federativas.		*	*		
Art 48°	El Estado, con el objeto de ampliar la cobertura de los servicios de salud de asistencia social, fincados en la solidaridad ciudadana, promoverá en toda la República, la creación de asociaciones de asistencia privada, fundaciones y otras similares, las que con sus propios recursos o con donaciones de cualquier naturaleza que aporte la sociedad en general y con sujeción a los ordenamientos que las rijan, presten dichos servicios.	*	*	*		*

Fuente: elaboración propia en base a la revisión bibliográfica de la Ley de Asistencia Social, México.

En la revisión de los artículos de esta ley, se encontró que existen 6 artículos y 6 ordenamientos que consideran algún nivel de participación del sector social, más allá de la sola enunciación en el texto del artículo. Del total de ordenamientos, 5 son clasificados en niveles de concertación y participación. En comparación con otras leyes, el nivel de rectoría tiene una menor presencia con 3 ordenamientos. Existe un ordenamiento clasificado en el nivel de consulta/opinión, concertación, participación y financiamiento, pero no se aprecia cualidades de rectoría intencionada sobre el objeto del artículo.

La Ley de Fomento a las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil⁴³ será coordinada por la Secretaría de Desarrollo Social, tiene por objeto fomentar las actividades de las OSC que realicen alguna de las actividades que se relacionan en su art. 5. Las OSC tienen derecho a inscribirse en el Registro Federal de Organizaciones de la Sociedad Civil, participar como instancias de consulta según la Ley de Planeación, integrarse a los órganos de participación y consulta instaurados por la Administración Pública Federal, conforme a la Ley de Desarrollo Social. En términos generales la Ley establece como derechos de las OSC los ordenamientos jurídicos relativos a la participación, consulta, concertación y participación que han sido

mencionados en las anteriores leyes. Para acceder a apoyos y estímulos públicos, las OSC deben estar inscritas en el Registro Federal, estar legalmente constituidas, contar con un sistema de contabilidad aceptable, proporcionar la información que le sea requerida por la autoridad competente, normar anualmente a la Comisión sobre las actividades realizadas, cumplimiento de propósitos, balances financieros, contables y de patrimonio. En caso de incumplimiento no podrán recibir estímulos ni apoyos públicos. Se crea un consejo Técnico Consultivo que tendrá como objetivo impulsar la participación de las OSC en el seguimiento, operación y evaluación de las políticas de Estado. La Secretaría de Desarrollo Social tiene la facultad de interpretación de esta ley para efectos administrativos.

La Ley de Fomento a las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil fue publicada en el año 2004, durante estos años ha sido reformada en 4 ocasiones. De las leyes que se han presentado, esta es la ley más corta con sólo 32 artículos, que en conjunto tienen por objeto fomentar las actividades realizadas por las organizaciones de la sociedad civil y determinar las bases de actuación de la Administración Pública Federal y las entidades gubernamentales, además de establecer los derechos y obligaciones que adquieren las organizaciones de la sociedad civil al promulgarse esta ley.

Tabla 8. Artículos de la Ley de Fomento a las Actividades realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil que establecen sus derechos y obligaciones como sector social.

Artículo	Texto					
		Consulta/Opinión	Concertación	Participación	Rectoría	Financiamiento
Art. 1° fracción I	[La presente ley es de orden público e interés social y tiene por objeto:] Fomentar las actividades que realizan las organizaciones de la sociedad civil.				*	
fracción IV	Establecer los derechos y las obligaciones de las organizaciones de la sociedad civil que cumplan con los requisitos que esta ley establece para ser objeto de fomento de sus actividades				*	
fracción V	Favorecer la coordinación entre las dependencias y entidades del gobierno federal y las organizaciones de la sociedad civil beneficiarias.		*			*
Art. 3°	Podrán acogerse y disfrutar de los apoyos y estímulos que establece esta ley, todas las agrupaciones u organizaciones mexicanas que, estando legalmente constituidas, realicen alguna o algunas de las actividades a que se refiere el artículo 5 de la presente ley y no persigan fines de lucro ni de proselitismo partidista, político-electoral o religioso, sin menoscabo de las obligaciones señaladas en otras disposiciones legales.				*	*
Art. 6° fracción VIII	[Para los efectos de esta ley, las organizaciones de la sociedad civil tienen los siguientes derechos:] Coadyuvar con las autoridades competentes, en los términos de los convenios que al efecto se celebren, en la prestación de servicios públicos relacionados con las actividades previstas en el artículo 5 de esta ley.		*	*		

fracción X	Recibir asesoría, capacitación y colaboración por parte de dependencias y entidades para el mejor cumplimiento de su objeto y actividades, en el marco de los programas que al efecto formulen dichas dependencias y entidades.			*		
Art. 12°	La Secretaría de Desarrollo Social será la encargada de coordinar a las dependencias y entidades para la realización de las actividades de fomento a que se refiere la presente ley, sin perjuicio de las atribuciones que las demás leyes otorguen a otras autoridades.				*	
Art. 13°	Las dependencias y las entidades, para garantizar el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo 6, fomentarán las actividades de las organizaciones mediante alguna o varias de las siguientes acciones:					
fracción I	Otorgamiento de apoyos y estímulos para los fines de fomento que correspondan, conforme a lo previsto por esta ley y las demás disposiciones legales y administrativas aplicables;					*
fracción II	Promoción de la participación de las organizaciones en los órganos, instrumentos y mecanismos de consulta que establezca la normatividad correspondiente, para la planeación, ejecución y seguimiento de políticas públicas;		*	*		
fracción III	Establecimiento de medidas, instrumentos de información, incentivos y apoyos en favor de las organizaciones, conforme a su asignación presupuestal;				*	
fracción IV	Concertación y coordinación con organizaciones para impulsar sus actividades, de entre las previstas en el artículo 5 de esta ley;	*	*	*		
fracción V	Diseño y ejecución de instrumentos y mecanismos que contribuyan a que las organizaciones accedan al ejercicio pleno de sus derechos y cumplan con las obligaciones que esta ley establece;				*	
fracción VI	Realización de estudios e investigaciones que permitan apoyar a las organizaciones en el desarrollo de sus actividades;	*	*		*	
fracción VII	Celebración de convenios de coordinación entre ámbitos de gobierno, a efecto de que éstos contribuyan al fomento de las actividades objeto de esta ley.		*	*		
fracción VIII	Otorgamiento de los incentivos fiscales previstos en las leyes de la materia.					*

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión bibliográfica de la Ley de Fomento a las Actividades realizadas por las Organizaciones de la Sociedad Civil, México.

La revisión de los artículos contenidos en esta ley requirió analizar cada uno de ellos en relación a los artículos de otras leyes que regulan el mismo acto, debido a que esta ley en particular retoma las orientaciones de muchos artículos contenidos en las Ley General de Desarrollo, Ley de Planeación e incluso de la Ley General de Salud. Se presentan los artículos que abordan actos diferentes a los ya presentados.

Se identificaron 5 artículos de relevancia para el fomento de la colaboración entre los sectores público y social. Estos artículos contienen 16 ordenamientos de interés, de estos 7 se ubicaron en el nivel de rectoría, 6 en concertación, 5 en participación, 4 en financiamiento y 2 en consulta/opinión. Este es el conjunto de

ordenamientos más diversificado de los estudiados, incluso en el que mayor referencia se hace al financiamiento para las OSC

Los resultados generales se presentan a continuación en la tabla 9:

Tabla 9. Clasificación de los ordenamientos jurídicos según nivel de cooperación público – social.

Ley	N° de Ordenamientos	Consulta/ Opinión	Concertación	Participación	Rectoría	Financiamiento
Ley General de Salud	9	1	5	5	8	0
Ley General de Desarrollo	12	2	10	7	7	2
Ley de Planeación	9	9	3	0	2	0
Ley de Asistencia Social	7	1	4	4	3	1
Ley de Fomento a OSC	16	2	6	5	7	4
Total	53	15	28	21	27	7

Fuente: Elaboración propia en base a la revisión del marco legal relacionado a la asociación público - social.

* Un ordenamiento puede ser clasificado con más de un nivel de interacción público - social.

Es notorio que los niveles de interacción más recurrentes son la concertación y la rectoría. La ley que más aporta a la concertación es la Ley General de Desarrollo, y para la rectoría aportan de manera similar las Ley General de Salud, Ley General de Desarrollo y la Ley de Fomento a las OSC.

El nivel que en menos ocasiones aparece en los ordenamientos es el de financiamiento.

Identificación de prácticas relevantes en la colaboración intersectorial.

Se analizaron cuatro documentos de convenio firmados por 4 organismos gubernamentales: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Sistema DIF Oaxaca, Sistema DIF Chiapas y Municipalidad de Marcala, Departamento de La Paz, Honduras; y 2 Organizaciones de la Sociedad Civil: Un Kilo de Ayuda, A.C. y World Vision Internacional, en sus capítulos México y Honduras. Los documentos fueron proporcionados por personal adscrito a las dos OSC que fueron elegidas en esta revisión. Los documentos de convenio describen las cláusulas a las que se obligan las partes y que describen la fundamentación legal del convenio, su objetivo, nivel de participación de las instituciones, sus responsabilidades, aportaciones, formas de interacción, modalidad y frecuencia de informes, entre otras características.

En la tabla B-10 (anexo) se presenta la matriz elaborada sobre las características más relevantes de los cuatro convenios, clasificadas según los elementos del proceso administrativo.

Se encontró que los cuatro convenios implican niveles diferentes de asociación, y que es manifestado en la redacción de los convenios como: acuerdo de trabajo en alianza, coordinación y colaboración, concertación de acciones, y concertación. Estos niveles de asociación determinaron el perfil de participación intersectorial de los convenios.

Todos los convenios se fundamentaron en ordenamientos jurídicos, entre estos, se encontraron dos categorías: ordenamientos sobre derechos sociales y ordenamientos sobre obligaciones de las instituciones públicas. De los 4 convenios, 2 se refirieron sólo a las obligaciones institucionales. Por parte de las OSC la firma del convenio se fundamentó en las declaraciones de sus objetos sociales inscritas en sus respectivas actas constitutivas, y que versan sobre contribución al desarrollo humano de la población.

De acuerdo a la temática de los ordenamientos jurídicos en los que se fundamentaron los convenios, la principal tendencia fue el financiamiento de acciones realizadas por las OSC, claramente apreciado en los 2 convenios signados por Un Kilo de Ayuda, A.C. (UKA), en cuanto a World Vision México (WVM) la experiencia nacional fue de vinculación intersectorial y la experiencia internacional de World Vision Honduras (WVH) fue la optimización de recursos para la atención de demandas sociales.

Por la orientación de los objetivos de los convenios, 3 se dirigen a la población infantil, 2 de ellos expresamente lo hacen hacia la condición nutricional. Un convenio declara orientarse a la coordinación intersectorial para el desarrollo humano. Un convenio expresa la dimensión del bienestar de la niñez.

En relación a la inversión de recursos financieros destinados a posibilitar la ejecución de las acciones comprometidas, 3 de los 4 convenios implican aportaciones financieras. Los convenios elaborados entre los Sistemas DIF Oaxaca y Chiapas / Un Kilo de Ayuda, A.C. implicaron la mayor cantidad de recursos financieros, sumando entre ambos convenios más de 50 millones de pesos, esto representa el 97.8% de la inversión total de los 4 convenios. Cabe señalar que en el convenio DIF Chiapas / UKA la aportación financiera sólo la realiza el DIF debido a que la aportación de UKA se expresa en recursos humanos, materiales, infraestructura, tecnología y capacidad operativa. Esta situación representaría una inversión mayor, sin embargo no es posible calcular esta inversión de recursos no financieros. El convenio Oportunidades / WVM no consideró la inversión de recursos financieros.

Por la vigencia de los convenios, es interesante comentar que aquellos que implicaron la mayor cantidad de recursos tuvieron una duración menor a 1 año (DIF Oaxaca y DIF Chiapas / UKA), el convenio que no implicó inversión financiera tuvo la mayor duración con 4 años (Oportunidades / WVM), mientras que el convenio que contó con el 2.2% del total de recursos financieros calculados en este estudio tuvo una duración de 3 años (Municipalidad de Marcala / WVH).

En el tema de la planificación de las acciones comprometidas en los convenios, se encontró que en sólo 1 de los 4 se consideró la utilización de herramientas de planeación, el caso es el de la Municipalidad de Marcala / WVH, que usaron el Enfoque del Marco lógico para establecer sus acciones particulares y la concurrencia de estas en el alcance del objetivo intersectorial propuesto. En los dos convenios DIF / UKA, se encontraron elementos de programación de actividades dentro de las cláusulas relativas a la ejecución de acciones, y anexos con listados de comunidades beneficiarias, formatos de control y calendarios de entrega de recursos. Las actividades a ejecutar son las pre-diseñadas por UKA, mientras que las comunidades beneficiarias, formatos de control y fechas de entrega de recursos fueron definidas por los Sistemas DIF. En

cuanto al convenio Oportunidades / WVM se hace referencia a la conformación de un grupo intersectorial para proponer las actividades de cooperación entre las partes.

En cuanto a la ejecución de las actividades establecidas en los convenios, 2 de los 4 no involucran la participación conjunta en la ejecución (Oportunidades / WVM y DIF Oaxaca / UKA), 1 convenio establece la responsabilidad de ejecución de actividades individuales (DIF Chiapas / UKA) y 1 convenio establece la coordinación para la ejecución conjunta de las actividades (Municipalidad de Marcala / WVH). Los convenios que fueron enunciados como de “concertación” fueron aquellos que no implicaron acciones conjuntas.

Los resultados finales que se aprecian en los convenios DIF Oaxaca / UKA y DIF Chiapas / UKA se orientan hacia asegurar la cobertura comprometida entre las partes, en el convenio entre la Municipalidad de Marcala / WVH se orienta a resultados de desarrollo, entendidos como los cambios positivos y sostenibles en la condición de vida de las personas. En el convenio Oportunidades / WVM no se aprecia orientación alguna.

En la tabla 10 se presenta un resumen de la matriz de características de los convenios.

Tabla 10. Resumen de los convenios de colaboración celebrados entre instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil.

Características	Oportunidades / World Vision México	DIF Oaxaca / Un Kilo de Ayuda	DIF Chiapas / Un Kilo de Ayuda	Municipalidad de Marcala / World Vision Honduras
Tipo de convenio	Concertación	Concertación de acciones	Coordinación y colaboración	Acuerdo de trabajo en alianza
Categoría de ordenamientos jurídicos	Obligaciones institucionales	Derechos sociales, obligaciones institucionales	Obligaciones institucionales	Desarrollo social, participación ciudadana, obligaciones institucionales
Motivación del convenio	Vinculación intersectorial	Financiamiento, ampliación de cobertura	Financiamiento, ampliación de cobertura	Optimizar recursos para atención de demandas
Orientación del objetivo del convenio	Coordinación intersectorial, desarrollo humano	Mejoramiento nutricional infantil	Mejoramiento nutricional infantil	Bienestar y desarrollo de la niñez
Inversión financiera conjunta	NA	\$ 28,958,366.00	\$ 26,005,566.00 *	\$ 1,200,000.00 **
Vigencia	4 años	9 meses	6 meses	3 años
Planeación estratégica compartida	NA	NA	NA	Elaborado con enfoque del marco lógico
Ejecución de acciones compartida	NA	NA	Ejecución individual	Ejecución individual y conjunta
Enfoque de monitoreo y evaluación	NA	Cobertura	Cobertura	Desarrollo

Fuente: Elaboración propia en base a la información obtenida de los documentos de convenio proporcionados por Un Kilo de Ayuda, A.C. y World Vision México, A.C.
 * Inversión financiera por parte del DIF Chiapas, la aportación de Un Kilo de Ayuda, A.C. fue en recursos humanos, infraestructura, tecnológica y capacidad operativa.
 ** Cantidad obtenida después de la conversión de lempiras, moneda nacional de Honduras, a pesos mexicanos.

Debido a que el presente estudio se motiva en la posibilidad de concurrencia entre el sector privado y el sector social para disminuir la desnutrición infantil, se seleccionaron diferentes prácticas relevantes contenidas en las experiencias de colaboración previamente descritas. La selección se realizó considerando el nivel de concurrencia más apropiado para la atención del problema de salud y su orientación hacia la obtención de resultados de desarrollo.

Las prácticas seleccionadas se señalan y enuncian en la tabla 11, que para fines de ubicación se basa en la tabla anterior.

Tabla 11. Selección de las prácticas relevantes identificadas en los convenios de colaboración celebrados entre instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil.

Tabla 5.
Selección de las Prácticas Relevantes de los Convenios de Asociación Intersectorial

Características	Oportunidades / World Vision México	DIF Oaxaca / Un Kilo de Ayuda	DIF Chiapas / Un Kilo de Ayuda	Municipalidad de Marcala / World Vision Honduras	Prácticas Relevantes
Tipo de convenio	Concertación	Concertación de acciones	Coordinación y colaboración	Acuerdo de trabajo en alianza	<i>Coordinación y colaboración</i>
Categoría de ordenamientos jurídicos	Obligaciones institucionales, rectoría del Estado	Derechos sociales , obligaciones institucionales	Obligaciones institucionales	Desarrollo social, participación ciudadana , obligaciones institucionales	<i>Derechos sociales, Concurrencia del sector social, Rectoría del Estado</i>
Motivación del convenio	Vinculación intersectorial	Financiamiento, ampliación de cobertura	Financiamiento, ampliación de cobertura	Optimizar recursos para atención de demandas sociales	<i>Eficientar recursos, ampliar cobertura</i>
Orientación del objetivo del convenio	Coordinación intersectorial, desarrollo humano	Mejoramiento nutricional infantil	Mejoramiento nutricional infantil	Bienestar y desarrollo de la niñez	<i>Bienestar y desarrollo de la niñez</i>
Inversión financiera conjunta	NA	\$ 28,958,366.00	\$ 26,005,566.00 *	\$ 1,200,000.00 **	<i>Financiamiento equitativo 50% - 50%</i>
Vigencia	4 años	9 meses	6 meses	3 años	<i>1 año, progresivamente 3 años</i>
Planeación estratégica compartida	NA	NA	NA	Elaborado con enfoque del marco lógico	<i>Elaboración conjunta de planeación estratégica de las acciones a ejecutar</i>
Ejecución de acciones compartida	NA	NA	Ejecución individual	Ejecución individual y conjunta	<i>Ejecución individual y compartida</i>
Enfoque de monitoreo y evaluación	NA	Cobertura	Cobertura	Desarrollo social	<i>Orientado hacia resultados de desarrollo ****</i>

Fuente: Elaboración propia en base a la información obtenida de los documentos de convenio proporcionados por Un Kilo de Ayuda, A.C. y World Vision México, A.C.

* Inversión financiera por parte del DIF Chiapas, la aportación de Un Kilo de Ayuda, A.C. fue en recursos humanos, infraestructura, tecnológica y capacidad operativa.

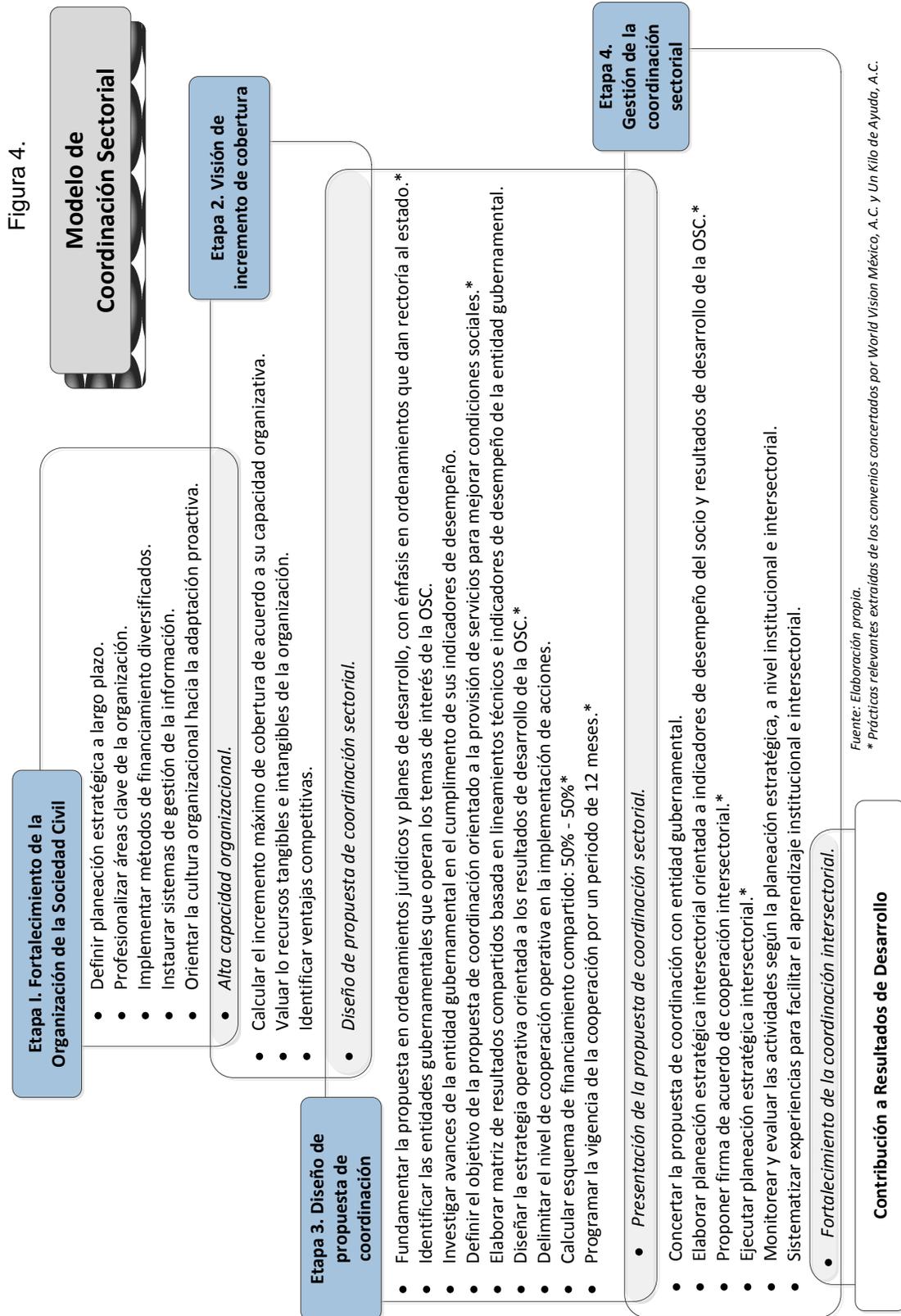
Las prácticas relevantes señaladas en la tabla anterior son aquellas que más se enfocan a la orientación de este trabajo, no se pretende considerarlas como las prácticas más importantes o imprescindibles en la formulación de convenios intersectoriales, y tampoco se considera que las prácticas no seleccionadas sean inapropiadas para el contexto en el que fueron propuestos los convenios.

Las prácticas relevantes identificadas en este análisis sirvieron como base para integrar una propuesta de modelo de coordinación sectorial entre entidades públicas y sociales que representa el aporte final del presente estudio.

Además de las prácticas relevantes identificadas, la propuesta de modelo de coordinación se complementó con elementos de la estrategia de Gestión para Resultados de Desarrollo (GpRD)⁵⁹ recomendada por el Banco Interamericano y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico para diseñar acuerdos de colaboración entre agencias donantes y gobiernos nacionales.

El Modelo de Coordinación Sectorial propuesto en este estudio se presenta en la figura 4.

Propuesta de modelo de coordinación sectorial.



El modelo de coordinación se compone de cuatro etapas que integran las prácticas relevantes seleccionadas.

Etapas I. La primera etapa propone el fortalecimiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil, señalando las condiciones deseables que una OSC debería alcanzar para encontrarse en posibilidades de proponer una coordinación de acciones con entidades públicas. Las experiencias de las OSC sugieren que las entidades gubernamentales muestran interés en una relación de cooperación cuando identifican que una o varias capacidades organizacionales de las OSC pueden ser útiles en la implementación de sus actividades, por ejemplo la solidez organizacional de World Vision México, A.C. o la capacidad operativa de Un Kilo de Ayuda, A.C.

La declaración precisa de la visión, misión, objetivos y valores permitió a las OSC y las entidades gubernamentales identificar los ordenamientos jurídicos que permiten la cooperación sectorial en la implementación de programas sociales.

La profesionalización de las áreas clave de las OSC, cómo la dirección, las operaciones, la administración, la gestión de la información y la procuración de financiamiento generan como resultado una alta capacidad operativa, Esta capacidad facilita a una OSC visualizar la ampliación de su cobertura como forma de crecimiento institucional.

Un tema relevante para las OSC es la fluidez y seguridad del financiamiento, las dos OSC estudiadas contribuyeron con hasta el 50% del financiamiento de las actividades, lo que les permitió generar dos situaciones clave que favorecieron la coordinación: mantener la autonomía de sus acciones evitando depender del financiamiento de las entidades gubernamentales, y la inversión conjunta representó un tipo de financiamiento indirecto por parte del sector público, lo cual es un situación muy deseable para la OSC.

Contar con un sistema de gestión de la información resultó ser una condición favorable para consolidar los acuerdos de cooperación dado que brinda la posibilidad de evaluar la capacidad organizacional en la gestión de recursos e implementación de sus acciones. Para las entidades gubernamentales, esta capacidad es atractiva debido a la necesidad de generar los reportes de avance y cumplimiento necesarios para evaluar la eficiencia o eficacia de un acuerdo de cooperación sectorial.

Parte importante de la capacidad operativa de las OSC se basa en su cultura organizacional que le permita adaptarse a diferentes estilos de administración que respondan a las necesidades de acción, información y reportes de las entidades gubernamentales.

El resultado esperado de esta etapa es una alta capacidad organizacional por parte de la OSC que se manifieste en una alta capacidad operativa. Esto representará la posibilidad de visualizar la ampliación de su cobertura.

Etapas II. La segunda etapa propone que las OSC con alta capacidad organizacional se encontrarían en condiciones favorables para visualizar una ampliación de su cobertura operativa.

Considerando que la capacidad operativa de las OSC es una característica que pueden interesar a las entidades gubernamentales, es necesario que la OSC determine el crecimiento máximo que puede soportar su estructura organizacional sin debilitar su capacidad operativa de tal forma que pueda responder a un acuerdo de cooperación sectorial.

Los recursos tangibles, como la capacidad financiera, infraestructura y sistemas de información, así como los recursos intangibles, como el talento humano, deben ser valuados para cuantificarlos como aportación de la OSC a un convenio de cooperación.

Un elemento importante para el diseño de una propuesta de cooperación lo representan las ventajas competitivas, entendidas como las capacidades distintivas que la OSC logre desarrollar, Estas ventajas son esenciales para atraer la atención de las entidades gubernamentales,

El resultado esperado de esta etapa es contar con los elementos necesarios para iniciar el diseño de una propuesta de cooperación.

Etapa III. En la tercera etapa se considera que existe la posibilidad de diseñar una propuesta de cooperación sectorial para ser presentada y gestionada con una entidad gubernamental que opere con objetivos similares a los de la OSC.

Es recomendable que se seleccionen los ordenamientos jurídicos de mayor nivel que regulan la concurrencia del sector social en el ámbito en el que desarrolla sus actividades. Los ordenamientos que establecen la facultad de rectoría del Estado en las áreas de desarrollo deben incluirse en la fundamentación jurídica para enfatizar la responsabilidad de las entidades gubernamentales en el cumplimiento de los derechos sociales, y la participación de las OSC como contribución a los sistemas de desarrollo social, de salud, y de asistencia social.

La identificación de la entidad gubernamental que represente la mejor opción de cooperación es esencial para diseñar la propuesta de cooperación de acuerdo a los objetivos, procedimientos técnicos, cobertura geográfica y nivel de cumplimiento de sus indicadores de desempeño.

La revisión de los avances en los indicadores de desempeño de la entidad gubernamental seleccionada será de gran utilidad para elaborar una matriz de resultados compartidos que contribuyan al cumplimiento de resultados esperados para la entidad pública.

El objetivo principal de la propuesta debe referirse a la provisión de servicios para mejorar el bienestar de la niñez, como una forma de conjugar distintas dimensiones de desarrollo humano. Este enfoque puede facilitar la disposición de la entidad gubernamental hacia una cooperación operativa

Los puntos anteriores consideran que la propuesta de coordinación debe orientarse a los objetivos e indicadores de desempeño de las entidades gubernamentales para facilitar su aceptación. Sin embargo, esto puede no coincidir completamente con la forma en que la OSC pretende alcanzar sus objetivos. El diseño de la estrategia de implementación brinda la oportunidad de que la OSC desarrolle sus actividades con los

procedimientos que considere convenientes, sin incumplir los resultados comprometidos con la entidad gubernamental.

El análisis de los convenios en este estudio, sugiere que nivel de asociación que más puede potenciar las acciones institucionales es el de coordinación operativa, ya que implica una visión de acción, de suma de esfuerzos y recursos para un fin común. Por lo tanto, la propuesta debe establecer claramente las responsabilidades de cada sector, así como las áreas de coordinación y sus procedimientos específicos manteniendo siempre la autonomía institucional, pero facilitando siempre la interacción entre las áreas operativas.

La práctica relevante en función del tiempo y el nivel de planeación fue de 3 años, sin embargo se considera que de forma inicial las instituciones tendrían mayor aceptabilidad por un convenio con vigencia de 1 año.

Etapas IV. La etapa cuatro contempla la presentación de la propuesta de cooperación sectorial ante la entidad gubernamental seleccionada, permitiendo la revisión de la estrategia para adecuarla a las consideraciones de la entidad pública.

Para iniciar la concertación, es importante conocer la estructura orgánica de la entidad gubernamental a fin de presentar la propuesta ante el área encargada de los programas sociales en los que se pretende participar.

La revisión conjunta de la propuesta, principalmente en la matriz de resultados y la estrategia de coordinación, permitirá la inclusión de actividades y enfoques de interés de la entidad pública. Esto puede facilitar su aceptación.

De acuerdo a los ordenamientos jurídicos, las entidades gubernamentales deben formalizar los acuerdos de cooperación mediante la firma de un convenio. Es recomendable que en este convenio se incorpore la matriz de resultados y la estrategia de implementación.

El siguiente paso es la ejecución coordinada de acciones según la estrategia concertada entre la entidad y la OSC.

El monitoreo constante, eficiente y objetivo de las actividades brindará la posibilidad de fortalecer las áreas que muestren debilidad en la coordinación. Por otra parte, la evaluación de los resultados establecidos en la matriz será de vital importancia para identificar las áreas que requieran fortalecerse para mejorar los resultados del trabajo cooperativo entre la entidad gubernamental y la OSC.

Se considera que el cumplimiento de los acuerdos de cooperación entre las partes significará alcanzar resultados de desarrollo para la población receptora de las acciones, que es el objetivo final de esta propuesta de modelo de coordinación sectorial.

10. Discusión

A pesar de las dificultades para obtener datos precisos de los servicios de salud otorgados, se estima que la demanda de servicios para la atención de la desnutrición supera la oferta por parte de las unidades de salud, aunque esto no significa que exista la necesidad de incrementar los recursos en salud, sino la necesidad de organizar eficientemente los recursos existentes, dado que en la zona mazahua se cuenta con un promedio de médicos y consultorios mayor al promedio estatal, lo cual sería suficiente, en el sentido cuantitativo, para atender la demanda de servicios originada por el número de niños con desnutrición.

Esta situación puede favorecer la permanencia de la desnutrición como un problema de salud pública, ya que dificulta la focalización de recursos y servicios para la atención de las causas que la originan. Por otra parte, esta dificultad contribuye a que en algunas comunidades se aglutinen hasta 6 organizaciones de la sociedad civil con diversos programas gubernamentales, mientras que en otras comunidades no existe presencia de ningún programa social. Esta situación ha sido reportada por el INCMNSZ en diversos foros regionales relacionados a los objetivos de la Cruzada Nacional Contra el Hambre.

La diferencia que existe entre la prevalencia nacional reportada por la ENSANUT 2012 y la prevalencia regional reportada por las organizaciones de la sociedad civil demuestra que existe un rezago importante en el abatimiento de la desnutrición infantil en la zona mazahua. Más aún, el número de niños menores de 5 años registrados por las unidades de salud es inferior al número de niños registrados por distintas organizaciones de la sociedad civil. Esto puede deberse a los diferentes criterios de diagnóstico y procedimientos de atención que se practican en el sector público y social, a pesar de que la Secretaría de Salud se encuentra facultada jurídicamente para regular los procedimientos relacionados a la vigilancia y atención nutricional de la población infantil.

Las dificultades para otorgar atención médica a niños con desnutrición puede ser reflejo de las necesidades de fortalecimiento de los procesos de atención que se oferta en los municipios de esta región para disminuir la prevalencia de desnutrición infantil.

Existen otras entidades gubernamentales que tienen corresponsabilidad en la atención a los problemas sociales que causan desnutrición, tal es el caso del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que tiene una fuerte presencia en la zona mazahua, donde entregó subsidios por más de 350 millones de pesos durante el 2012. Además de esta inversión de recursos, las OSC World Vision México, A.C. y Un Kilo de Ayuda, A.C. realizaron una inversión de más de 22 millones de pesos para proveer servicios y asistencia alimentaria en esta misma zona.

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos, programas e inversiones financieras dirigidas a estos municipios, un número importante de niños menores de 5 años sigue padeciendo desnutrición. La razón puede deberse a que las acciones ejecutadas se centran en combatir sus causas primarias, es decir, tienden a mejorar la cantidad y calidad de los alimentos que reciben los niños en sus hogares, incluso existen complementos alimenticios diseñados expresamente con esta intención, por ejemplo la papilla Nutrisano de Oportunidades y el cereal Amanene[®] que distribuye INCMNSZ y Un Kilo de Ayuda, A.C.

Entre los programas gubernamentales y las OSC existe tendencia por atender las causas primarias de la desnutrición antes que las causas secundarias, a pesar de que existen numerosas evidencias de que la disminución sostenida de las prevalencias de desnutrición infantil es resultado de mejoras en la calidad de vida de las poblaciones, por ello, los programas gubernamentales y las acciones realizadas por las OSC deberían orientarse a mejorar el entorno ambiental, las condiciones de vivienda y las capacidades personales de la población.

De acuerdo con la Cepal, se considera que las acciones que se emprendan para combatir las causas secundarias de la desnutrición y el hambre representan un buen negocio para todos, debido a que significa la atención a las situaciones que limitan el desarrollo humano y económico de las poblaciones. Pero esto no es un proceso de resultados inmediatos, es un proceso a largo plazo porque se requiere reorientar los esfuerzos de las instituciones desde la planeación de sus programas hasta su evaluación, y además, debe incluir la participación de las personas que padecen las condiciones de carencia porque es la única manera de asegurar la sostenibilidad de la mejora social.

De acuerdo a los ordenamientos jurídicos superiores, el Estado tiene la obligación de facilitar la participación social en los procesos de identificación de la problemática de desarrollo y en la planeación de las soluciones más adecuadas a su contexto. Pero al mismo tiempo, tiene la facultad de ejercer funciones de rectoría para alinear los esfuerzos de los sectores público, social y privado a los planes de desarrollo y salud realizados por el propio Estado. Este planteamiento alude a la obligación de las OSC a sujetarse a los lineamientos establecidos por el Estado para la atención de la problemática social, y fortalece a la idea de las OSC tienen un papel colaborativo en la implementación de los programas de desarrollo y salud. Verduzco y cols.²⁸ consideran que el actuar de las OSC fomenta la transparencia y rendición de cuentas del gobierno, promueve y defiende los derechos humanos y contribuye a la formulación, financiamiento y prestación de servicios básicos. Olvera⁶⁰ afirma que las organizaciones de la sociedad civil contribuyen en la construcción de una vida pública más democrática ya que contribuye a crear, estabilizar y expandir el Estado de derecho.

Bajo esta perspectiva, pareciera claro que la concurrencia de las OSC como entidades independientes y autónomas contribuyen con el Estado al cumplimiento de los derechos sociales de la población.

Sin embargo, la participación de las OSC se complica en la medida en que afrontan dificultades financieras para mantener sus actividades de contribución social, y más aún cuando sus fuentes de financiamiento se basan en los recursos que el Estado provee por medio de diferentes programas de apoyo a OSC. En estos casos Verduzco y cols. consideran que existe un riesgo importante de que la relación entre Gobierno y OSC deje de ser voluntariamente cooperativa para pasar a ser una relación de contratación de servicios en la que la OSC depende del financiamiento del Gobierno para mantener sus operaciones. Lo anterior representa una paradoja crítica para el sector social, ya que las OSC son creadas como respuesta a ineficiencias e inequidades del Gobierno, al que, ante la falta de financiamiento, deben acogerse para subsistir en la escena social.

Este fenómeno se incrementa constantemente por el número de OSC que se inscriben cada año en el registro federal. El incremento de las OSC complica aún más la competencia en el sector social para acceder a fuentes de financiamiento y representa una limitante para el actuar de las OSC creando un escenario de vulnerabilidad organizacional. Por ejemplo, en el 2009 se calculaba que más de la mitad de las OSC eran clasificadas como pequeñas, porque operaban con un presupuesto menor a 900 mil pesos anuales, y tenían menos de 5 personas contratadas de tiempo completo, más del 70% de las OSC utilizaron recursos gubernamentales para pagar honorarios de su personal y sólo el 50% utilizó personal propio para realizar actividades sustantivas de los proyectos. Estos datos reflejan la debilidad directiva de las OSC que no cuentan con un plan de financiamiento que no dependa del gobierno, y además, refleja debilidad operativa porque limita su capacidad para cumplir los objetivos por los que fue creada la OSC. Se considera que estas condiciones son desfavorables para aspirar a una relación de cooperación operativa con entidades gubernamentales.

Ante las limitadas fuentes de financiamiento a las que las OSC pueden acceder, existe la percepción que el recurso destinado por las entidades gubernamentales es insuficiente para fomentar sus actividades. Esta situación obliga a reflexionar sobre las capacidades reales de muchas OSC para alcanzar sus objetivos, y refuerzan la idea de que las organizaciones que no desarrollan capacidad organizacional y generan ventajas competitivas se encuentran en riesgo de perder su autonomía, de no alcanzar sus objetivos sociales e incluso de desaparecer. Por otra parte, es necesaria la verificación por parte del Estado de la eficiencia en la utilización de los recursos financieros que reciben las OSC. Lo anterior se basa en la importante cantidad de recursos recibida como donativo en efectivo o en especie por parte de las OSC durante el 2012, y que ascendió a casi 24 mil millones de pesos. Es prácticamente imposible calcular el número de personas beneficiadas, o la contribución que las OSC realizaron en el desarrollo social, al invertir este recurso en sus proyectos y actividades, ya que no se cuenta con un sistema de seguimiento de los donativos o de registro de los logros cuantitativos de las OSC. Por ello es difícil conocer que está sucediendo con todo el dinero invertido en proyectos y actividades. La importancia de la verificación por parte del Estado radica en que una importante proporción de donativos son amparados con recibos deducibles de impuestos, es decir, es recurso que no percibe el Estado en forma de impuestos pero que tiene su origen en la sociedad.

Ante el importante incremento de OSC y las demandas de mayor apoyo gubernamental, durante el sexenio 2001-2006 se promulgaron dos leyes que integran la participación de la sociedad organizada en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de desarrollo y asistencia: la Ley General de Desarrollo Social y la Ley de Asistencia Social. Estas leyes se caracterizan por fomentar la participación de las OSC, aunque escasamente se puede vislumbrar la modalidad, y sobre todo, el nivel de participación que se espera de las OSC.

Es importante comentar que el análisis del marco jurídico permitió definir la orientación jurídica, en materia de derechos sociales, concurrencia del sector social y rectoría del Estado, que puede fundamentar las diferentes iniciativas de cooperación sectorial. Como resultado adicional, se identificó las responsabilidades de los tres ámbitos de gobierno en materia de planeación y ejecución de los planes de desarrollo, y sus

alcances, esta información es útil para guiar el acercamiento de las organizaciones a la entidades de gobierno que cuenten con las atribuciones para incorporarlas a los procesos de desarrollo local o regional.

La similitud del perfil de estas leyes sugiere que parte de los objetivos de su promulgación fue responder a las presiones del sector social por un mayor protagonismo en la escena pública, concediendo una zona de acción, pero que de alguna forma también limita los alcances de su intervención, porque no se clarifica una ruta de acción que las OSC pudieran seguir para alcanzar estados favorables para una coordinación efectiva con el sector público.

La Ley de Fomento a las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil refuerza este planteamiento, ya que la mayoría de sus artículos establece como derechos para las OSC los mandatos que ya se habían establecido en otros ordenamientos jurídicos, pero a la vez establece una serie de obligaciones que deben ser cumplidas para solicitar la autorización como donataria por parte del Sistema de Administración Tributaria (SAT) y expedir recibos deducibles de impuestos al momento de recibir donativos en efectivo o en especie. Las OSC tienen la obligación de inscribirse en el registro federal de organizaciones de la sociedad civil y enviar anualmente un informe detallando sus actividades y estados financieros.

Respecto a la Ley de Fomento, Vargas ⁶¹ considera que ha realizado importantes aportes al reconocimiento de las organizaciones civiles como instancias de interés público, y no como organizaciones subordinadas al Estado, además de reconocer su autonomía y fomentar su profesionalización.

En el tema de la profesionalización de las OSC, que se propone como punto de inicio del modelo de coordinación sectorial, Girardo plantea que las OSC tienen, por naturaleza, cierta resistencia a la profesionalización, debido a que sus motivaciones se fundamentan en ideales de desarrollo para la sociedad, dirigen más esfuerzos a la resolución de problemas que a cuestiones administrativas, que sienten poco relevantes para el objetivo de la organización. A pesar de que el Programa de Coinversión Social operado por la Sedesol, contempla dentro de sus objetivos la profesionalización de las OSC, en el 2009 sólo el 8% de 1,520 organizaciones expresaron como una necesidad la capacitación para el fortalecimiento institucional. Paradójicamente, la mayoría de las OSC solicitaron capacitación en el tema de procuración de fondos para competir en un mercado que cada vez tiene más competidores y que por tanto disminuye las posibilidades de obtener financiamiento si no se cuenta con una alta capacidad organizacional y se desarrollan ventajas competitivas que interesen a las agencias donantes.

La inclusión de las OSC como entidades que contribuyen a la ejecución de los programas sectoriales representa la posibilidad de aprovechar sus ventajas competitivas y recursos en procesos que fortalezcan las actividades gubernamentales en salud o desarrollo social. En el caso concreto de este estudio, un ejemplo puede ser la incorporación de OSC a la red de servicios de salud para la atención de la desnutrición infantil.

La revisión de las experiencias de colaboración entre el sector público y social muestra la conveniencia de incorporar las ventajas competitivas de las OSC en los programas y estrategias implementadas por las entidades gubernamentales. Como ejemplo se menciona la colaboración de Un Kilo de Ayuda, A.C. con el Sistema DIF de Chiapas, en el que la OSC aportó su capacidad operativa para alcanzar a más de 15 mil niños, dos veces por mes, durante seis meses, para entregar la asistencia alimentaria que es parte de las estrategias del DIF en ese Estado.

Es posible comentar que esta colaboración representó una forma de financiamiento indirecto para la OSC porque en caso de no contar con la aportación del DIF, habría tenido que financiar el costo de la asistencia alimentaria, es decir, aproximadamente 26 millones de pesos. Y por la otra parte, la capacidad operativa del DIF habría sido insuficiente para entregar el alimento. Esta modalidad de cooperación supone una alternativa al modelo tradicional de financiamiento que se basa en la transferencia de recursos por parte del Estado hacia las OSC, pasando a un esquema de inversión conjunta que considera el valor de las ventajas competitivas generadas por la OSC.

Otro ejemplo representativo es la alianza de trabajo en la que participo World Vision con 15 organizaciones públicas y sociales, para apoyar el crecimiento y desarrollo de 3,750 niños en el municipio de Marcala, Honduras, con una inversión anual total de 1.2 millones de pesos. En este caso, la capacidad de liderazgo y la capacidad de organización, aunado a la imagen corporativa de la OSC hicieron posible la alianza intersectorial e interinstitucional, contribuyendo a los objetivos sociales de cada una de las instituciones.

El modelo de coordinación sectorial que se propone en este estudio representa una alternativa para gestionar las circunstancias que limitan la efectividad de las acciones del sector público y social para disminuir la prevalencia de desnutrición infantil

Sin duda, las prácticas de cooperación sectorial más relevantes son aquellas que permiten aprovechar las ventajas competitivas de las organizaciones y las entidades gubernamentales, pero que además hacen posible orientar los esfuerzos hacia la mejora del bienestar de la sociedad.

Pero, ¿cómo se origina una cooperación sectorial? De acuerdo a las reflexiones anteriores, la fortaleza organizacional y ventajas competitivas que las OSC logran desarrollar, son elementos fundamentales para diseñar una propuesta de cooperación con entidades gubernamentales. Dicho de otra manera, los recursos de las entidades siempre serán superiores a los recursos de las OSC, por tanto, es necesario que las organizaciones desarrollen capacidades, principalmente operativas, que sean de interés para las entidades gubernamentales porque representen la posibilidad de fortalecer actividades y servicios en donde presenten debilidades operativas.

El modelo de cooperación sectorial propone sustentarse en ordenamientos jurídicos que permiten la participación de las OSC en los sectores de salud, desarrollo y asistencia social, principalmente en los ordenamientos que hacen referencia a las funciones de rectoría que la Constitución otorga al Estado. Este

planteamiento facilitaría en gran medida la apertura de las entidades gubernamentales a una relación de cooperación.

Dado que la creación de las OSC se origina en el deseo de contribuir a mejorar las condiciones sociales y económicas de la población, el modelo de coordinación propone que en una relación con entidades gubernamentales las actividades se mantengan orientadas hacia el logro de resultados de desarrollo como efecto último de la intervención realizada.

Una práctica propuesta en el modelo de coordinación es que las OSC elaboren sus planeaciones estratégicas considerando los indicadores de desempeño y los resultados de desarrollo definidos para las entidades gubernamentales que coordinan las áreas de su interés. Esto facilitaría la concertación de una planeación estratégica conjunta enfocada a la provisión de servicios y que delimite las acciones específicas a realizar por la OSC en cooperación con las entidades públicas.

El modelo de cooperación resalta la importancia de que la implementación operativa se realice de forma intersectorial, de tal manera que no sea sólo el financiamiento público para las operaciones de las OSC.

El modelo de cooperación sectorial también representa ventajas para las entidades públicas ya que contribuye a orientar las actividades de las OSC hacia los objetivos de los Sistemas Nacionales de Salud, de Desarrollo y de Asistencia Social, por otra parte, puede fortalecer sus áreas operativas para mejorar sus indicadores de desempeño establecidos en sus programas y puede mejorar su disponibilidad de recursos por la inversión financiera de las OSC. Además, la coordinación con las OSC representa una alternativa para superar restricciones normativas gubernamentales que pueden limitar la adecuación de los programas a los aspectos culturales de la población, también, las entidades públicas tienen la oportunidad de aprehender las innovaciones tecnológicas y metodológicas de las OSC.

De acuerdo a la discusión anterior, y considerando el monto de los recursos financieros, recursos de salud, la capacidad de cobertura de las entidades gubernamentales y las ventajas competitivas que las OSC desarrollan, se considera que el modelo de coordinación sectorial representa una posibilidad real para que las entidades gubernamentales y OSC coordinen sus recursos operativos para mejorar la cobertura poblacional y su capacidad de atención al problema de la desnutrición infantil en la zona mazahua del Estado de México.

11. Conclusiones y recomendaciones.

Incomprensiblemente la desnutrición infantil que padece una gran cantidad de niños menores de 5 años en los municipios mazahuas del Estado de México continúa vigente como un problema de salud pública en esa región. La suma de los recursos financieros, materiales, de infraestructura y el talento humano, aportados por las entidades gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil, debería haber logrado ya su erradicación.

Como respuesta a esta situación, en este estudio se presenta un modelo de cooperación que sume los esfuerzos, recursos y talento del sector público y el sector social con el fin de fortalecer la atención que reciben los niños con desnutrición. Los resultados del análisis de la red de servicios permitieron identificar que es necesario fortalecer la organización de los recursos de salud para atender a los niños con desnutrición y que el nivel de intervención más apropiado para facilitar la cooperación sectorial es el nivel operativo, en la forma de provisión de servicios.

Por medio de la revisión del marco jurídico, fue posible identificar las modalidades de concertación y participación que la ley permite entre las organizaciones de la sociedad civil y las entidades gubernamentales en temas de salud, desarrollo y asistencia social. Adicionalmente se identificó que el nivel de gobierno municipal es el único al que la ley de desarrollo faculta explícitamente para establecer las actividades de concurrencia de las OSC.

Adicionalmente se reconoce la importancia de la voluntad política por parte de las entidades gubernamentales para facilitar la concertación de convenios de cooperación.

Los resultados de los objetivos específicos aportaron elementos necesarios para desarrollar la propuesta de modelo de coordinación sectorial.

El modelo de cooperación desarrollado se basó en la estrategia de gestión orientada a resultados de desarrollo. Se considera que este modelo representa una herramienta para orientar, más no definir, las iniciativas de concertación que las organizaciones de la sociedad civil pueden desarrollar con la finalidad de generar convenios de cooperación con entidades públicas.

El modelo de cooperación propuesto define en términos generales los elementos que pueden integrar una propuesta de convenio ante entidades públicas, sin embargo es necesario enriquecer el modelo con experiencias y visiones de otras organizaciones de la sociedad civil que tengan una capacidad organizacional similar a las organizaciones que se incluyeron en este estudio.

Es decir, se basa en su capacidad operativa, no en una necesidad de fortalecimiento institucional.

En este sentido, el modelo de cooperación tendría escasa utilidad para las organizaciones de la sociedad civil que trabajan para consolidar su capacidad organizacional. Por lo cual se recomienda enriquecer el modelo con elementos que favorezcan la generación de ventajas competitivas en las organizaciones.

Si bien el modelo de cooperación fue concebido para fortalecer los servicios de atención a la desnutrición infantil, se presenta con una redacción genérica ya que se considera que es posible ajustarlo a otras temáticas y campos de acción debido a que los elementos que lo constituyen no son específicos, más bien generales en procesos administrativos y de planeación.

El aporte de experiencias y visiones que enriquezcan el modelo de coordinación brindaría la posibilidad de desarrollar un documento descriptivo de cada uno de los elementos que lo conforman de tal manera que pueda ser usado como referencia para la gestión de organizaciones sociales que pretendan celebrar convenios de cooperación con entidades gubernamentales como forma de financiamiento indirecto, o posicionamiento político.

12. Limitaciones.

El resultado del presente estudio integra las experiencias de colaboración sectorial de dos organizaciones civiles que trabajan en las áreas de asistencia social y salud, sin embargo, las consideraciones, estrategias y ordenamientos jurídicos aplicados podrían no ajustarse a la realidad o intereses de otras organizaciones con perfiles de actuación diferentes.

La elaboración del análisis funcional de la red de servicios de atención a la desnutrición infantil fue limitada por la escasa claridad de los datos recabados en las unidades de salud. Con estos datos se pretendía calcular la oferta de servicios para determinar si existía la necesidad de incrementar los servicios que respondieran a la demanda calculada.

Por otra parte, durante el desarrollo del estudio no se tuvo la oportunidad de dialogar con representantes de otras organizaciones de la sociedad civil que pudieran ampliar la visión de cooperación intersectorial y enriquecer el desarrollo del modelo con elementos identificados en su propia experiencia.

En cuanto a las limitaciones para la posible aplicación del modelo de cooperación sectorial propuesto es necesario considerar los aspectos culturales de la población objetivo que ha representado el principal obstáculo para las intervenciones realizadas, el principal rasgo cultural es la percepción de que los programas sociales deben ser asistencialistas debido a la condición de pobreza de la región. Es importante destacar que la ausencia de voluntad política por parte de las entidades públicas y de las OSC impediría la implantación de cualquier iniciativa de coordinación sectorial.

13. Referencias

1. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Mazahuas. [monografía en internet]. México: CDI, 2006. [Consultado 2013 abril]. Disponible en:
http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=616&Itemid=62
2. Censo Nacional de Población 2010. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México. 2010.
3. Consejo Nacional de Población. La Situación Demográfica de México 2010. Consejo Nacional de Población. [monografía en internet]. México: CONAPO, 2010. [Consultado 2013 abril]. Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2010
4. Arredondo JL, Carranza N, Vázquez M, Rodríguez MA. Transición Epidemiológica. Acta Pediatr Méx 2003; 24: 46-56.
5. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de las entidades Federativas. Consejo Nacional de Población. [actualizado 2013 abril 16; consultado 2013 abril 30] Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_las_Entidades_Federativas_2010-2050
6. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Regiones indígenas de México. [monografía en internet]. México: CDI, 2006. [Consultado 2013 abril]. Disponible en:
http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=245:regiones-indigenas-de-mexico&catid=38:indicadores-y-estadisticas&Itemid=54
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo Humano en el Estado de México 2011.
8. Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por entidad y municipio 2010. Consejo Nacional de Población. [consultado 2013 marzo 31] Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf
9. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2007. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: abril 2013].
10. Consejo Nacional de Población. México, ante los Desafíos del Nuevo Milenio. Consejo Nacional de Población. [consultado 2013 marzo 30] Disponible en:
http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/metasmilenio/desafios_mmilenio.pdf
11. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010. Organización de las Naciones Unidas. [consultado 2013 mayo 3] Disponible en:
http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=13
12. Instituto Nacional de Nutrición. Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural 1996. INN, México.
13. Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Programa Integral de Apoyo a la Nutrición en la Zona Mazahua del Estado de México: Un modelo replicable de atención y recuperación de niños con desnutrición. INCMNSZ. 2008
14. El Reloj de la Desnutrición en México [sitio de internet]. México: Sociedad Latinoamericana de Nutrición. [actualizado 2013 mayo; consultado 2013 mayo]. Disponible en: http://201.122.140.254/slan/cont_desnut/default.asp
15. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Resultados del Censo Basal. Programa Integral de Apoyo a la Nutrición y el Neurodesarrollo en la Zona Mazahua del Estado de México. INCMNSZ, México. 2009
16. Documentos internos, informes contables y administrativos. Un Kilo de Ayuda, A.C., Mayo 2013.
17. Documentos Centrales, Diseño del Programa de Desarrollo de Área "Najhé", Informe Anual 2012 del PDA "Najhé", World Vision México, A.C., consultados en Mayo 2013.

18. Cravioto J, Arrieta R. Nutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México 1985.
19. García E, De la Llata M, Calzada R, Kaufer M, Barquera S, Vázquez V. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. *Salud Pública de México* 2008;50(6):530-547.
20. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública de México* 1991;33(5):448-462.
21. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. México, mejores políticas para un desarrollo incluyente. En: Serie "Mejores Políticas", OCDE. 2012
22. Chávez A, Muñoz M. Desnutrición, su impacto en la salud humana y en la capacidad funcional. Instituto Nacional de Nutrición, 2007.
23. Bustamante P, Lezama MA, Fernández R, Villa A, Boria VH. El análisis de mortalidad por causa múltiple: un nuevo enfoque. *Salud Pública de México*, 1990;32(3):309-321.
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El costo del hambre. CEPAL, 2007.
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. CEPAL, 2006.
26. Chávez A, Martínez C. Nutrición y Desarrollo Infantil. Instituto Nacional de Nutrición, 1969.
27. Dirección General de Promoción de la Salud. Análisis de Impacto en Salud. Marco Conceptual.
28. Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud. Secretaría de Salud, México, 2006.
29. Rovere M. Redes en Salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Secretaría de Salud Pública. Argentina, 1999.
30. Girardo C, Mochi P. Las organizaciones de la sociedad civil en México: modalidades del trabajo y el empleo en la prestación de servicios de proximidad y/o relacionales. *Economía, Sociedad y Territorio*, 2012. XII (39); 333-357
31. Verduzco MI, Trujillo J, Tapia M. Fondos Públicos para las Organizaciones de la Sociedad Civil. Alternativas y Capacidades A.C. 2009.
32. Organización Mundial de la Salud. Alianzas Estratégicas: el papel de la sociedad civil en el ámbito de la salud. Documento de trabajo N°1 Serie: Iniciativa de Colaboración con la Sociedad Civil. 2001
33. Sistema de Información del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Consultado 2013 junio 1.
34. Reporte de donatarias autorizadas 2012. Sistema de Administración Tributaria. México.
35. Tepach, R. El presupuesto público federal para la función salud, 2011-2012. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, Cámara de Diputados, LXI Legislatura, 2012.
36. Programa de Coinversión Social. Padrón de Beneficiarios 2012. Instituto Nacional de Desarrollo Social. 2012
37. Programa de Coinversión Social. Reglas de Operación. Instituto Nacional de Desarrollo Social. 2012
38. Ley General de Salud. Última reforma publicada en el DOF 25.01-20013.
39. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma publicada en el DOF-27-02-2013
40. Ley de Planeación. Última Reforma publicada en el DOF 17-04-2012. México.
41. Ley General de Desarrollo Social. Última Reforma publicada en el DOF 25-01-2012. México.
42. Ley de Asistencia Social. Última Reforma publicada en el DOF 23-04-2013. México.
43. Ley de Fomento a las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Última Reforma publicada en el DOF 25-04-2012. México.
44. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2012 – 2018. México.
45. García R, García M. La Gestión para Resultados en Desarrollo, avances y desafíos en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo, 2010.

46. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Buenas prácticas recientemente identificadas en gestión para resultados de desarrollo. Libro de Consulta.
47. Cabrero E, Peña J. Instrumentos del New Public Management para construir una new public governance. El caso de los gobiernos locales en México. El Colegio de México, México, 2010.
48. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición en América Latina. Serie Manuales. División de Desarrollo Social, CEPAL. 2006.
49. Encuesta de Salud, Alimentación y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 2012
50. Resultados operativos en los municipios de la zona mazahua, Estado de México. Un Kilo de Ayuda, A.C., marzo 2013.
51. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 15 Mayo 2013].
52. Secretaría de Desarrollo Social. Apoyos emitidos a las familias beneficiarias por concepto y nivel municipal. [en línea]: Padrón de beneficiarios. SEDESOL Oportunidades. <http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/apoyos_emitidos_a_las_familias_beneficiarias_por_c> [Consulta: 31 Mayo 2013].
53. Austin J, Gutiérrez R, Ogliastrì E, Reficco E, ed. Gestión efectiva de emprendimientos sociales. Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo, 2006.
54. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2012 – 2018
55. Decreto de creación del Sistema Nacional Contra el Hambre. 2013.
56. Secretaría de Desarrollo Social. Programa de Coinversión Social. Dictamen de proyectos financiados.
57. Norma Oficial Mexicana. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud de niño. Secretaría de Salud. México, 1999.
58. Coordinación de Salud. Redes Integradas de Atención a la Salud 2012 – 2030. Instituto de Salud del Estado de México. 2012.
59. Camara L. Gestión Orientada a Resultados de Desarrollo. Taller realizado del 4 al 6 de julio de 2011. Ciudad de México, México.
60. Olvera J. Representaciones e ideologías de los organismos civiles en México: crítica de la selectividad y rescate de la idea de sociedad civil. En Las organizaciones civiles mexicanas hoy. UNAM, México. 2004
61. Vargas P. Desarrollo y fomento de la sociedad civil. Estudio comparativo de la Ley de Fomento en diez entidades federativas. Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Área de Ciencia Política.

14. Anexos.

Anexo A

Figura A-1. Distribución de la población en el Estado de México en el año 2010.

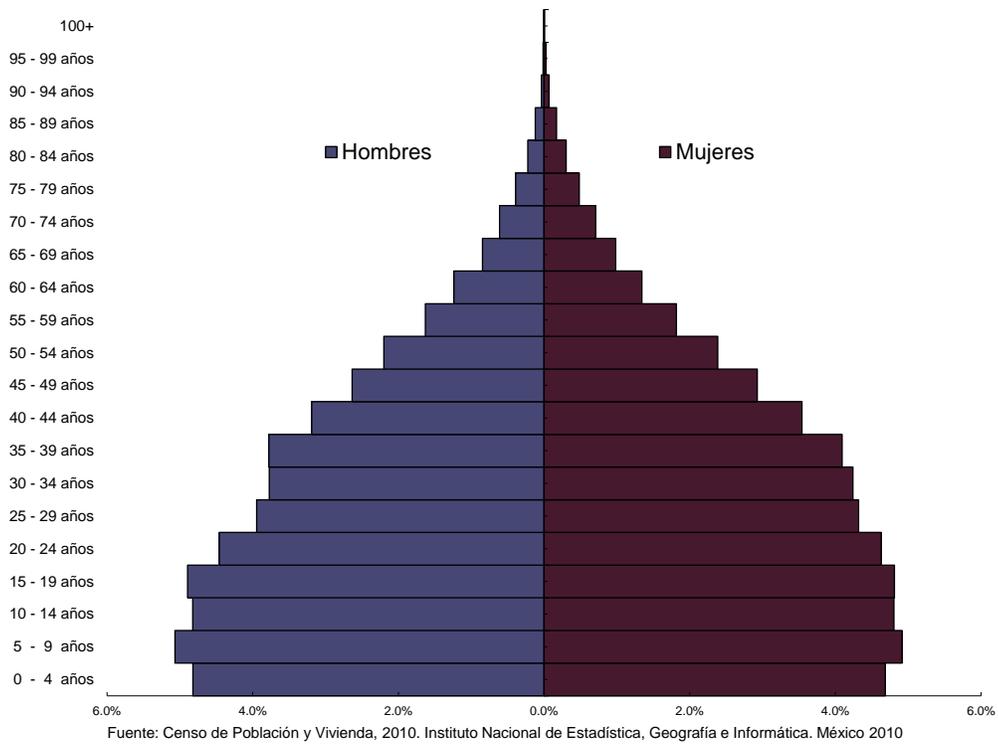


Figura A-2. Ubicación de los municipios mazahuas en el Estado de México.

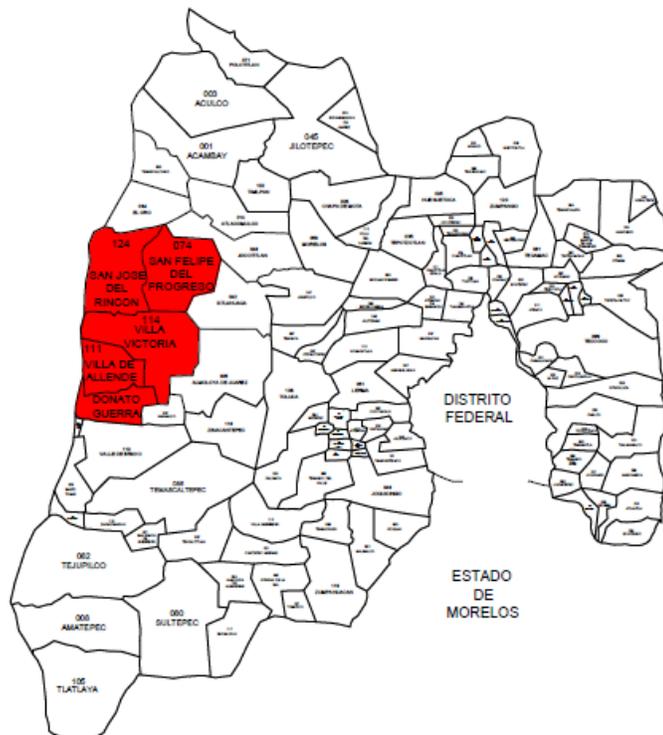


Figura A-3. Distribución de la población en el Estado de México y en los Municipios de mayor presencia Mazahua en el año 2010.

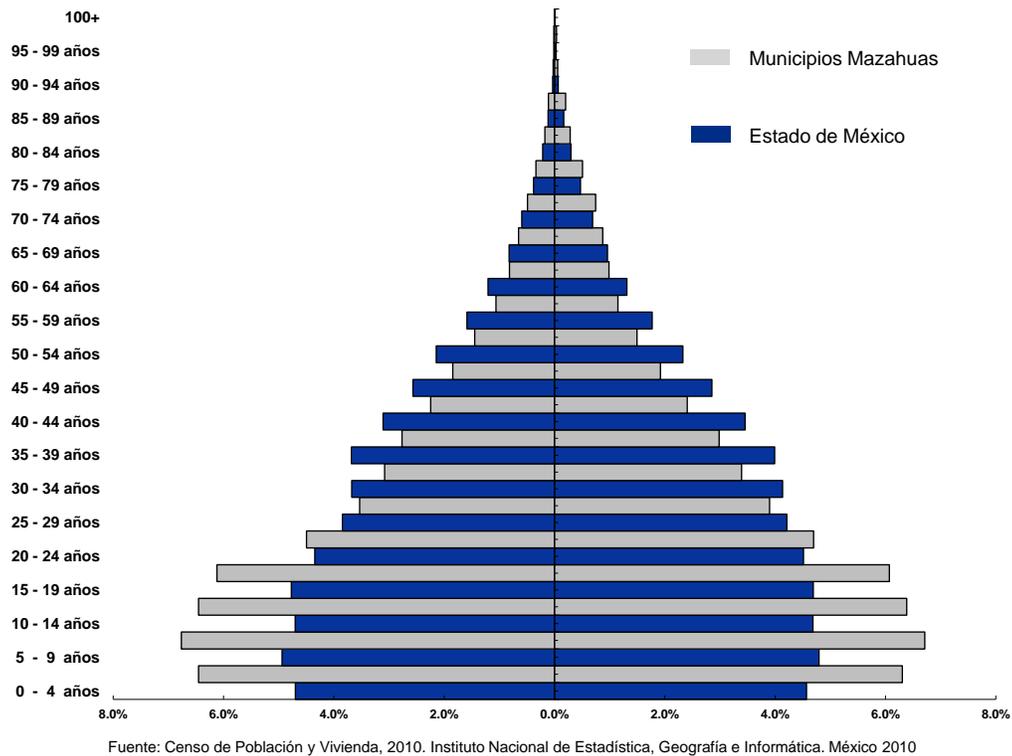


Figura A-4. Comparación de la distribución de la población del Estado de México en 1990 y la distribución de la población en los municipios mazahuas en 2010.

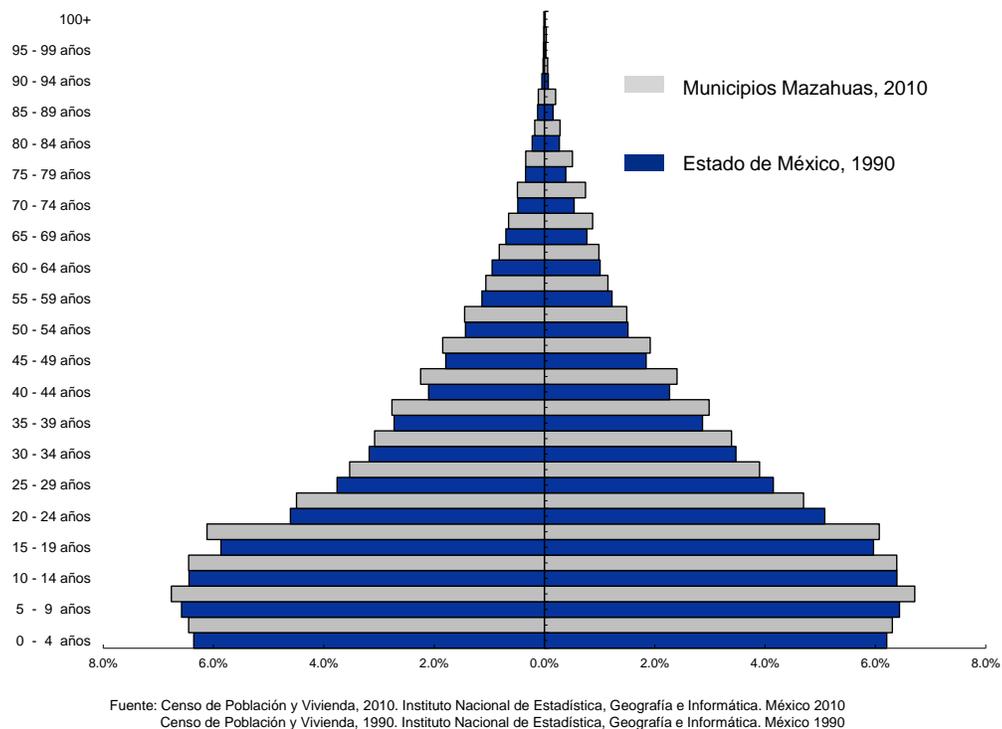
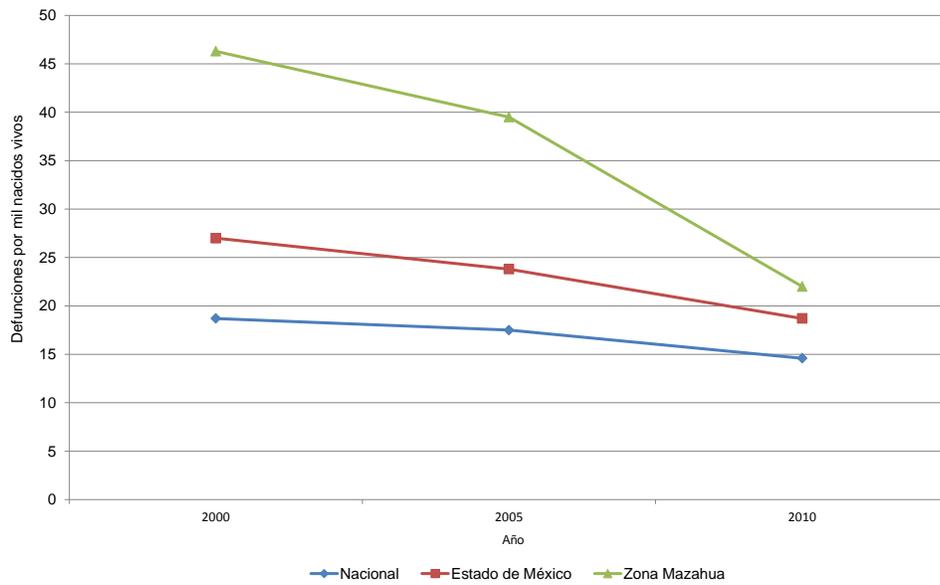


Figura A-5. Evolución de la tasa de mortalidad en el ámbito nacional, estatal y municipal.



^a Tasa por 100,000 mujeres de 10 a 54 años de edad.

Fuentes: Censo General de Población y Vivienda, 2010. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México 2010
Censo de Población y Vivienda, 2005. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México 2005
Censo General de Población y Vivienda, 2000. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México 2000
Estadísticas Vitales. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México.

Anexo B

Tabla B-1. Índice de Desarrollo Humano de los municipios de la zona mazahua en el año 2000.

Municipio	Índice de Desarrollo Humano
Donato Guerra	0.6593
San Felipe del Progreso	0.6615
San José del Rincón	ND
Villa de Allende	0.6743
Villa Victoria	0.6423

^a El valor ideal del índice es 1.0000

Tabla B-2. Índice de marginación de los municipios de la zona mazahua en el año 2010.

Municipio	Índice de marginación	Grado de marginación	Lugar que ocupa a nivel nacional
Donato Guerra	0.900	Alto	468
San Felipe del Progreso	0.532	Alto	732
San José del Rincón	0.885	Alto	477
Villa de Allende	0.543	Alto	724
Villa Victoria	0.792	Alto	531

Fuente: Consejo Nacional de Población. Índice de marginación por entidad y municipio 2010. Consejo Nacional de Población. [consultado 2013 marzo 31] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf

Tabla B-3. Causas de egresos hospitalarios por morbilidad de niños menores de 5 años en instituciones públicas del sector salud en el Estado de México, 2011.

Nº	Enfermedades	Total general
1	Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	13,830
2	Crecimiento fetal lento, desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	7,838
3	Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	4,998
4	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	3,148
5	Neumonía e influenza	2,759
6	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,975
7	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1,826
8	Enfermedades infecciosas intestinales	1,647
9	Complicaciones obstétricas que afectan al feto o recién nacido	1,536
10	Enfermedades de la madre que afectan al feto o al recién nacido	878
11	Bronquitis crónica, enfisema y asma	717
12	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	466

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2007. [en línea]. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 01 abril 2009].

Tabla B-4. Evolución de la prevalencia de desnutrición de alto riesgo* en los ámbitos nacional, estatal y municipal.

Ámbito	1996	2005 - 2006	2012-2013
Nacional	16.9 ^a	5.0 ^b	2.8 ^e
Estado de México	13.7 ^a	7.7 ^c	ND
Zona Mazahua	ND	12.4 ^d	12.3 ^f

* Punto de corte menor a - 2.0 D.E. de acuerdo a los valores de referencia.

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

^b Encuesta Nacional de Salud y Alimentación 2006.

^c Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural 2005.

^d Resultados de campo, Proyecto de Salud y Nutrición, Visión Mundial de México, A.C. 2006.

^e Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales.

^f Resultados de campo, Programa Integral de Nutrición, "Un Kilo de Ayuda", 2013.

Tabla B-5. Principales causas de mortalidad de niños menores de 5 años en los municipios mazahuas del Estado de México, 2011.

N°	Causa de defunción	Total
1	Asfixia y trauma al nacimiento	54
2	Malformaciones congénitas del corazón	38
3	Infecciones respiratorias agudas bajas	29
4	Enfermedades infecciosas intestinales	9
5	Desnutrición calórico protéica	8
6	Ahogamiento y sumersión accidentales	6
7	Nefritis y nefrosis	6
8	Bajo peso al nacimiento y prematurez	4
9	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	3
10	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Cent	2
TOTAL		159

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de defunciones generales 1979-2007*.

[en línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: Secretaría de Salud.

<<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 05 Mayo 2013].

Tabla B-6. Porcentaje de participación de diversas instituciones de Salud en la provisión de servicios médicos en los ámbitos nacional, estatal y regional. 2013

Intitución	Nacional	Estado de México	Zona Mazahua
Secretaría de Salud	67.2	69.2	90.1
Instituto Mexicano del Seguro Social. Régimen Oportunidades	17.4	0.6	0.8
Instituto Mexicano del Seguro Social	6.4	6.1	0.8
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	5	2.3	1.7
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	2.5	15.9	3.3
Servicios Médicos Estatales	1.6	6	3.3

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de unidades médicas del sector público (en operación, marzo de 2009). [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 15 mayo 2013].

Tabla B-7. Tipos de unidades de salud establecidas en la zona mazahua, 2013.

Tipo de unidad de salud	%
Establecimiento de Asistencia Social	3.3
Unidad de Consulta Externa	93.4
Establecimiento de Apoyo	0.8
Unidad de Hospitalización	2.5

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de unidades médicas del sector público (en operación, marzo de 2009). [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 15 mayo 2013].

Tabla B-8. Recursos para la salud en la zona mazahua.

Trabajadores de Salud en contacto con el paciente	Nacional	Estado de México	Zona Mazahua
Médicos generales, pediatras y pasantes de servicio social	24.2	19.6	55.4
Enfermeras generales, auxiliares y pasantes de servicio social	29.7	20.5	39.1
Nutriólogos	1.4	1.1	1.0
Consultorios	21.9	17.5	41.5

* Médicos generales, Pediatras y Pasantes de servicio social por 100,000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 10 Mayo 2013].

Tabla B-9. Características generales de las dos OSC con mayor cobertura de beneficiarios e inversión financiera en la zona mazahua del Estado de México, mayo 2013.

Organización de la Sociedad Civil	Año de constitución	Inicio de operaciones en zona Mazahua	Misión	Visión	Áreas de interés	Infraestructura y equipamiento
Un Kilo de Ayuda, A.C. ^a	1996	2000	Lograr un México donde todos seamos iguales, sumando esfuerzos con empresas, gobierno y sociedad civil a favor de la nutrición, asegurando la plenitud de capacidades físicas, mentales y emocionales para que cada niño en México pueda desarrollarse por sí mismo y alcanzar su verdadera libertad.	Erradicar la desnutrición infantil en México en el 2023.	Nutrición infantil, educación para la salud, neurodesarrollo, empoderamiento comunitario	Centro de atención con capacidad de atención para 6,000 niños, 10 vehículos utilitarios, equipo antropométrico, fotómetros, equipo de computo.
World Vision México, A.C. ^b	1982	1985	Seguir a Jesucristo nuestro Señor y Salvador, trabajando con los pobres y oprimidos para promover la transformación humana, buscar la justicia y anunciar las buenas nuevas del Reino de Dios.	Para cada niña y niño, vida en toda su plenitud. Nuestra oración para cada corazón, la voluntad para hacerlo posible.	Nutrición infantil, salud pública, desarrollo comunitario, derechos humanos, desarrollo económico, prevención de desastres.	Oficinas locales. 2 vehículos utilitarios, equipo antropométrico, fotómetros, equipo de cómputo.

Fuentes: a Documentos internos, informes contables y administrativos. Un Kilo de Ayuda, A.C., Mayo 2013.

b Documentos Centrales, Informe Anual 2012 del PDA "Najhé", World Vision México, A.C., consultados en mayo 2013.

Tabla B-9. Características generales de las dos OSC con mayor cobertura de beneficiarios e inversión financiera en la zona mazahua del Estado de México, mayo 2013. (Continuación)

Organización de la Sociedad Civil	Recursos humanos	Inversión financiera 2012 en zona mazahua	Fuente de financiamiento	Perfil de beneficiarios directos	Número de beneficiarios directos	Inversión per cápita
Un Kilo de Ayuda, A.C. ^a	13 colaboradores operativos, 3 administrativos, 1 gerencial, 840 voluntarios.	\$ 15,822,982	Recaudación comenrcial, aportación del Gobierno del Estado, ingresos por cuotas de recuperación.	Niños y niñas menores de 0 a 5 años y mujeres embarazadas que habitan comunidades rurales e indígenas.	6,000	\$ 2,637.16
World Vision México, A.C. ^b	10 colaboradores operativos, 1 administrativo, 1 gerencial, 85 voluntarios.	\$ 6,763,512	Sistema de patrocinio, USA.	Niños y niñas de 0 a 18 años que habitan en comunidades rurales e indígenas.	4,597	\$ 1,471.29

Fuentes: a Documentos internos, informes contables y administrativos. Un Kilo de Ayuda, A.C., Mayo 2013.

b Documentos Centrales, Informe Anual 2012 del PDA "Najhé", World Vision México, A.C., consultados en mayo 2013.

Tabla B-10. Descripción de los convenios de colaboración entre OSC y entidades gubernamentales clasificados según los componentes del proceso administrativo.

Proceso Administrativo	Programa de Desarrollo Humano "Oportunidades" / World Vision México, A.C.	Sistema DIF Oaxaca / Un Kilo de Ayuda, A.C.	Sistema DIF Chiapas / Un Kilo de Ayuda, A.C.	Municipalidad / Instituciones Públicas / Instituciones Sociales World Vision Honduras, A.C.
Planeación				
Tipo de convenio	Concertación	Convenio de concertación de acciones.	Coordinación y colaboración	Acuerdo de trabajo en alianza
Ordenamiento jurídico	PDHO: Art. 11° y 38° Ley General de Desarrollo, 2° y 37° Ley de Planeación, Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2012, numerales 2.1, 3.5 Reglas de Operación del Programa Oportunidades.	DIF: Art 4° Constitucional, 12° Constitución Oaxaca, Ley para el Desarrollo Integral de la Familia, 1° Ley de Protección de la Niñez.	Art. 28 Ley Entidades Paraestatales de Chiapas, Art. 19 del Decreto de creación del DIF Chiapas.	Art. 49° Ley de Municipalidades, Honduras. Ley de Participación Ciudadana.
Objetivo	WVM: Declaración de objeto social en Acta Constitutiva. Enmarcar y coordinar la cooperación entre "LA SECRETARÍA" y "VISIÓN MUNDIAL", con el propósito de conjugar esfuerzos para apoyar a familias que viven en condiciones de pobreza a fin de potenciar las capacidades de sus miembros y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar.	UKA: Declaración de objeto social en Acta Constitutiva. Contribuir al mejoramiento de la alimentación y nutrición de los niños y niñas de hasta 5 (cinco) años de edad, con la suma de esfuerzos y aportaciones de "LAS PARTES", en las localidades que ambas seleccionen de común acuerdo en el Estado de Oaxaca.	UKA: Declaración de objeto social en Acta Constitutiva. Contribuir al mejoramiento de la alimentación y nutrición de niños y niñas de hasta 5 (cinco) años de edad, en diecisiete (17) de los veintiocho (28) municipios de menor índice de desarrollo humano del Estado de Chiapas.	OSC: Declaración de objeto social en Acta Constitutiva. Trabajaremos mano a mano para que en Sabanagrande nuestros infantes crezcan saludables, protegidos y apreciados y de esta forma sean niños y niñas capaces de aprovechar la educación y sus derechos para adquirir destrezas que les permitan ser adolescentes y jóvenes que saben lo que quieren, se cuidan, aprovechan y disfrutan las oportunidades de superación y participación; que unidos y con ayuda de Dios nos hemos comprometido a brindarles.
Generalidades	Acuerdo de Intercambio de información estadística y de investigación.	Referencia a consecución de objetivos institucionales independientes	Se menciona la serie de convenios anteriores	Alianza impulsada por WVM y convocada por Alcaldía Municipal.
	Acuerdo de coordinar acciones en espacios de concurrencia de sus equipos operativos.	Establecen metas de cobertura progresivas a corto plazo	DIF entrega listado de comunidades a beneficiar.	Ejecutan plan de participación comunitaria para integrar reflexiones a planeación compartida de los socios.
	Relación de municipios de aplicación del convenio.	En caso de suspensión del financiamiento del DIF, UKA puede no seguir operando.	Los acciones referidas en el convenio se operacionalizan por medio del Programa Integral de Nutrición (PIN) diseñado por UKA.	Generan visión compartida de trabajo
	Vigencia 4 años	Establece criterios de inclusión de beneficiario.	UKA se apega a las normas oficiales que regulan las actividades que implementa.	Construyen matriz de planificación basada en la herramienta Marco Lógico en donde cada socio establece su meta, área de acción, población objetivo, vigencia de participación y recursos a aportar.
		Los acciones referidas en el convenio se operacionalizan por medio del Programa Integral de Nutrición (PIN) diseñado por UKA.	La vigencia del convenio es por 6 meses	Definen objetivos, resultados, productos, especificando metas, y se realiza por cada uno de los socios.
		La vigencia del convenio es por 9 meses		Rectoría por Consejo de Desarrollo Municipal
				Las acciones acordadas son consistentes con las acciones que por sí mismos ya realizan los socios.
				La vigencia es permanente y abierta, cada socio decida su participación. Vigencia del plan 3 años, vigencia de proyectos compartidos 1 año.

Fuente: Elaboración propia en base a la información obtenida de los documentos de convenio proporcionados por Un Kilo de Ayuda, A.C. y World Vision México, A.C.

Tabla B-10. Descripción de los convenios de colaboración entre OSC y entidades gubernamentales (Continuación)

Proceso Administrativo	Programa de Desarrollo Humano "Oportunidades" / World Vision México, A.C.	Sistema DIF Oaxaca / Un Kilo de Ayuda, A.C.	Sistema DIF Chiapas / Un Kilo de Ayuda, A.C.	Municipalidad / Instituciones Públicas / Instituciones Sociales World Vision Honduras, A.C.
Organización	Conjuntamente impulsan iniciativas de vinculación con otros socios.	DIF-UKA aportan financiamiento 50%-50%, por un total de 28 millones de pesos.	DIF entrega más de 180 mil paquetes alimentarios, equivalente a 26 millones de pesos, a UKA para su distribución en localidades relacionadas en el convenio.	En conjunto aportan una inversión inicial equivalente a 1.2 millones de pesos.
	Comparten material didáctico de sus áreas de especialización.	UKA habilita infraestructura	UKA aporta su infraestructura, recursos humanos, materiales y tecnológicos para operar el Programa.	Los socios definen su aportación de recursos financieros, materiales, humanos y tecnológicos.
	Conforman un grupo de trabajo con personal de ambas para establecer directrices y esquemas de colaboración.	UKA aporta recursos humanos, materiales y tecnológicos para operar el Programa.	UKA realiza todas las adquisiciones de insumos necesarias con recursos propios.	Creación del Equipo Rector para apoyar la operatividad.
	WVM comparte con PDHO resultados de sus diagnósticos integrales en los municipios acordados.	UKA crea logística de cobertura y atención	UKA aporta su logística de campo	Creación del Equipo de Seguimiento y Monitoreo
	WVM se sujeta a la Ley de Fomento de OSC que obliga entregar información de sus actividades y balance financiero a la Comisión de Fomento de OSC.	UKA implementa operación de acciones	DIF-UKA crean grupos de contacto	
	PDHO informa a sus Coordinaciones Estatales del convenio con WVM.	UKA realiza todas las adquisiciones de insumos necesarias.	DIF valida información y propone modificación en la cobertura.	
		DIF-UKA crean grupos de contacto		
		DIF-UKA mencionan posibilidad de coordinación operativa, no se especifica.		
Dirección		DIF-UKA pueden difundir el convenio de colaboración.	DIF-UKA pueden difundir el convenio de colaboración, el número de beneficiarios y los resultados obtenidos.	Alcaldía municipal fomenta la acción de los socios según su compromiso inicial.
				Todos los socios pueden generar comunicados o publicaciones respecto al plan, otorgando crédito a los socios y la comunidad.
Control		Convenio de colaboración firmado	DIF realiza visitas de verificación en las localidades beneficiarias	Cada socio entrega un informe trimestral de sus contribuciones a la meta.
		UKA entrega semestralmente informe asistencial y financiero a DIF	UKA mensualmente entrega a DIF los datos de registro y seguimiento de las actividades del PIN en los formatos establecidos por el propio DIF, en versión documental y digital.	Reunión anual de evaluación de avances.
			UKA semestralmente entrega a DIF informe detallado sobre la distribución de los paquetes alimentarios.	Visitas comunitarias del Equipo de Seguimiento y Monitoreo
			UKA semestralmente entrega a DIF informe asistencial que contendrá datos sobre cobertura, acciones e impacto nutricional.	
			UKA entrega a DIF padrón del total de niños beneficiarios.	
			UKA bimestralmente entrega a DIF reporte detallado de entrega de paquetes alimentarios, en versión documental y vía correo electrónico.	
			UKA bimestralmente entrega a DIF original de "vales de entrada" de alimento y copia simple de "vales de salida" elaborado diariamente para cada comunidad.	

Fuente: Elaboración propia en base a la información obtenida de los documentos de convenio proporcionados por Un Kilo de Ayuda, A.C. y World Vision México, A.C.