

Curso Adaptándose al Cambio: Salud y Derechos Sexuales y
Reproductivos y Reforma del Sector Salud

Yucatán, Mérida, México 1-12 de Noviembre de 2004



Génesis y desarrollo de una nueva
política de salud reproductiva.
El caso de Uruguay

Autora: Lic. Alejandra López Gómez
(Coordinadora de MYSU – Mujer y Salud en Uruguay)

En 1996, Uruguay inicia el camino de la implementación de programas y servicios en salud sexual y reproductiva, que trascienden la salud materno - infantil e incluyen otras necesidades y derechos en salud de las mujeres, hacia el año 1996, en el período posterior a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, Cairo 1994).

Esta comunicación se propone presentar y analizar el proceso de génesis y el desarrollo de una nueva política de salud reproductiva en el país, identificando el papel de los actores clave y las estrategias desarrolladas para avanzar en el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Para ello, se tomarán como principales insumos información de estadísticas vitales, documentación elaborada desde organismos gubernamentales y desde organizaciones de mujeres, y los resultados obtenidos en la investigación *“Factores vinculados al proceso de implementación de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil”*¹, realizada en el marco del programa VINREPLAC² de la Fundación Mexicana para la Salud, en el período 2001 – 2003. El mencionado estudio fue considerado como un insumo sustantivo para avanzar en la implementación de una nueva política de servicios públicos en salud sexual y reproductiva, al ofrecer nuevas evidencias para la incidencia en ese proceso y para el desarrollo de una política de salud reproductiva en el país.

¹ La mencionada investigación fue publicada en diciembre de 2003: López, A. (investigadora principal), Benía, W, Contera, M, Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Edición: Facultad de Psicología, Universidad de la República – Fundación Mexicana para la Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas. Montevideo.

SECCION I:

I. a. URUGUAY EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO.

Uruguay es un país pequeño (176.215 km²), con una población total de 3.322.141 habitantes, fundamentalmente caucásica, que se ha caracterizado históricamente por algunas ventajas comparativas al resto de los países del contexto latinoamericano. La conformación y desarrollo del Estado uruguayo en su carácter de benefactor y laico, con una legislación social de avanzada, se inicia a través del proyecto modernizador de comienzos de los novecientos: legislación laboral sobre la jornada de 8 horas, licencia por maternidad, seguridad social, sufragio femenino, ley de divorcio por sola voluntad de la mujer, educación laica, gratuita y obligatoria en el nivel de la enseñanza primaria y secundaria. Se propició el acceso a la educación terciaria de las mujeres y su temprana incorporación al mercado de trabajo. La extensión de la educación pública se configuró en la principal institución de socialización y factor de movilidad social. El país se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió configurar en las primeras tres décadas del siglo XX, tasas de mortalidad y tasas de fecundidad similares a las experimentadas por los países industrializados (TGF 2.3), reduciendo su natalidad inicial entre 1880 y 1940 en un 60%. Como consecuencia de estas tendencias, el país tiene una estructura de población relativamente envejecida y un bajo crecimiento vegetativo.

La distribución espacial de la población es altamente urbanizada (92.4 %), y se concentra en un 42 % en Montevideo, capital del país. La población urbana integra un porcentaje de mujeres mayor que el de hombres (52.2 % a 47.8 %, respectivamente), situación que se invierte a nivel de la población rural (43.8 % de mujeres en relación a 56.2 % de hombres).

Según la tipología elaborada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE – CEPAL) para América Latina, Uruguay se ubicaba hacia 1999, entre los países del grupo IV, que incluye a aquellos de transición avanzada cuyas características principales son natalidad y mortalidad moderada o baja, con un crecimiento natural bajo, del orden del 1%. Este grupo incluía a Argentina, Chile y Cuba, siendo básicamente Argentina y Uruguay los países que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un período largo y que por lo tanto tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a los de los países desarrollados (BID/CEPAL/CELADE, 1999).

² Programa *Iniciativa para Fortalecer los Vínculos entre la Salud Reproductiva y la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe* (VINREPLAC) – Fundación Mexicana para la Salud.

Sin embargo, el análisis de las estadísticas de los últimos años muestra cambios significativos en la estructura y dinámica demográfica, que merecen especial atención.

Según Varela y Paredes (2001) ³ “En términos globales, en las últimas cuatro décadas ⁴la tasa global de fecundidad se mantiene prácticamente sin cambios y el reemplazo de la población continúa siendo apenas un tanto superior al necesario para evitar el descenso de la población ⁵ (1.27)”. Al analizar las tasas específicas de fecundidad por edad y la estructura de fecundidad del país, las autoras sostienen que a lo largo de los cuatro períodos censales se pueden destacar tres cuestiones: las adolescentes (10 a 19 años) incrementan de forma sostenida su aporte a la fecundidad total; las jóvenes lo disminuyen (la pérdida mayor es para las mujeres entre 20 y 24 años) y, las mujeres adultas (30 a 34 años) tienden a aumentarlo levemente. También se observan importantes variaciones en la tasa global de fecundidad por regiones dentro del país, siendo la población del norte la que tiene una fecundidad más elevada (TGF 3.2).

El incremento sostenido de embarazos y partos en mujeres adolescentes pertenecientes a los sectores más pobres de la población, es una de las problemáticas emergentes de mayor impacto en la sociedad uruguaya. En el año 2003, el 17 % de los nacidos vivos fueron hijos de mujeres entre 10 y 19 años, y el 27 % de los nacimientos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (principal Maternidad pública del país) corresponden a mujeres adolescentes pertenecientes a sectores de pobreza.

Uruguay se ha caracterizado por ser un país que la literatura política ha clasificado como un caso “exitoso” de democracia por su altísima participación electoral. Se lo considera un país con una representación política efectiva vehiculizada a través del sistema de partidos y con un control de la ciudadanía a los ejercicios de gobierno. (Moreira y Johnson, 2003)

Las mediciones de cultura política señalan que el país se ubica como uno de los más democráticos de América Latina, en función de la percepción y valoración que hacen los ciudadanos de la democracia y las instituciones políticas (latino barómetros 1996-2002). Tiene una tradición republicana que supuso la incorporación de una serie de mecanismos destinados a favorecer e incrementar la participación ciudadana en la vida política. El voto obligatorio y la consulta popular (plebiscitos y referéndum) son mecanismos específicos del sistema uruguayo

³ Paredes, M., Varela, C. (2001). Ponencia presentada en el Seminario: Políticas de Población, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, realizado por MYSU. Montevideo.

⁴ Los años que se toman en cada década corresponden al año en que se realizan los Censos de Población en el país.

⁵ Considerando que la única fuente de ingreso de nuevos individuos es la proveniente de nacimientos. Es decir en ausencia de migraciones.

que no sólo existen sino que se cumplen y utilizan, lo que indica el alto involucramiento de los y las ciudadanos / as en la vida política del país, y la existencia de una sociedad civil fuertemente organizada. Sin embargo, la participación de las mujeres en los órganos de gobierno (ejecutivo y legislativo) es sorprendentemente baja⁶ y no se corresponde con la historia de un país pionero en la integración política y social de las mujeres.

Entre 1973 y 1985 el país vivió en dictadura militar, con consecuencias en todos los planos de la vida política, social y económica del país. Durante este periodo histórico, se produce el exilio político más importante de la historia contemporánea del país, el cual fue acompañado también por la migración en busca de mejores horizontes económicos.

A partir de 1985, luego de la recuperación democrática, las transformaciones económicas presentaron en Uruguay características propias. Una pauta gradualista y amortiguadora en la implementación de reformas estructurales hizo que, hasta fines de los años 90, los efectos negativos de éstas no alcanzaran la dimensión que caracterizó a sus pares en la región. Macro políticas económicas que estuvieron mediatizadas, al menos en dos casos (empresas públicas y seguridad social), por la participación ciudadana mediante el ejercicio de la democracia directa a través del mecanismo del referéndum. Ello explica, en parte, tanto aquel gradualismo, como cierto mantenimiento de la inversión en el gasto social. Esos rasgos del proceso de reconversión productiva, junto con el control de la inflación y un moderado crecimiento del PBI, a partir de 1986, permitieron que Uruguay presentara Índices de Desarrollo Humano (IDH) altamente favorables para la región hasta el año 2000. (Dufau et alli, 2003)

Ello no impidió que las vulnerabilidades y problemas que acompañaron ese proceso (estancamiento productivo y recesión) se empezaran a manifestar con crudeza, particularmente luego del importante impacto sufrido en la debilitada economía uruguaya de la crisis brasileña y la posterior crisis argentina del año 2001. El país experimenta desde el último quinquenio una de las crisis socioeconómica más profunda de su historia moderna, que lo coloca progresivamente en situación similar a otros países de la región. Según los últimos datos oficiales⁷, una de cada dos mujeres jefas de hogar en las edades activas, con niños de 0 a 5 años, son pobres, y uno de cada dos niños nace en condiciones de pobreza. A estos fenómenos, se agrega el surgimiento de la indigencia y el de la feminización de la pobreza, con dos elementos asociados: las mujeres jefas de hogar con hijos y las adolescentes madres.

⁶ En el último periodo legislativo (2000 – 2004) la presencia de las mujeres en ambas Cámaras es del orden del 10 %. Las mujeres no han ocupado ningún cargo ministerial.

⁷ Instituto Nacional de Estadística, 2003.

Las evidencias sobre la inequidad social, la exclusión creciente y las desigualdades entre hombres y mujeres, cuestionaron el núcleo “duro” de un imaginario social que se sostenía sobre la creencia de un país con una sociedad igualitaria y homogénea, y “sin problemas de población”. Este es uno de los factores que permite analizar las razones por las que el Estado uruguayo, hace tan sólo menos de diez años, comienza a implementar programas en salud sexual y reproductiva, incluyentes de la anticoncepción, y formulados desde una perspectiva de género y derechos. Este cambio en la orientación de la política pública se explica por el impacto conceptual y político que la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) generó a nivel de los organismos gubernamentales, y por el sostenido trabajo de incidencia política calificada desarrollada por las organizaciones de mujeres y feministas en el campo de la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país.

I. b. SISTEMA DE SALUD: ALGUNOS NUDOS EN LAS PROPUESTAS DE REFORMA DEL SECTOR.

El sistema de salud en Uruguay tiene una historia atípica en el continente. La provisión de servicios se genera, principalmente, desde dos actores del sistema: el Estado y las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC, conocidas como mutualistas). Las mismas surgieron como iniciativa de las colectividades de inmigrantes (españoles e italianos que llegan a comienzo de 1900 en búsqueda de mejores horizontes económicos) y se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX, transformándose en actor clave del sistema de seguros de prepago. Como consecuencia, el sistema de salud uruguayo es una articulación compleja de instituciones públicas y privadas, integradas en un sistema mixto de atención.

Por un otro lado, un sector público, orientado principalmente, por mandato constitucional⁸, a la prestación de servicios a la población indigente y pobre. Por el otro, el sector privado (o de “capital social”) en que las IAMC (propiedad de médicos, o propiedad de usuarios), cubrieron los estratos medios y medios-altos, con capacidad de pago. Entre 1960 y 1980, acuerdos bilaterales entre organismos estatales y las IAMC, amplificaron la cobertura, a través de la seguridad social, a todos los trabajadores formales públicos y privados, resultando en un subsidio cada vez mayor del sistema mutual por parte del Estado. En el decenio de 1980, aparece un nuevo actor privado: los seguros parciales de asistencia. Esta nueva modalidad de atención privada, ya no se corresponde a los cánones del sector “privado-social” representado por el mutualismo, y si bien inicialmente se focalizó a la prestación de servicios “descuidados” por el mutualismo

⁸ Constitución de la República (art. 44) *“el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.*

(emergencias móviles por ejemplo), su oferta se amplió incluyendo actualmente sanatorios privados, seguros odontológicos, entre otros.

El **subsector público** comprende al Ministerio de Salud Pública, el cual es el principal proveedor de servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); el Ministerio de Defensa (Sanidad Militar); Ministerio del Interior (Sanidad Policial); Servicios de atención primaria de las Intendencias Municipales; Universidad de la República, a través del Hospital Universitario; Banco de Previsión Social; Banco de Seguros del Estado; Entes Autónomos. Históricamente es el sector pionero en la implementación de programas preventivos, en especial en el área materno-infantil. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el organismo rector en materia de políticas de salud en el país, y cuenta con las funciones básicas de normatización, control y asistencia. Es el principal efector público y posee unos 65 establecimientos de salud, los cuales están clasificados según niveles de complejidad en: policlínicas, centros de salud y hospitales (A, B, C y especializados). Cuenta con un total de 6.200 camas de agudos y 2.300 de crónicos en todo el país.⁹

El **subsector privado** está constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de pre-pago brindando atención en los tres niveles: empresas que brindan seguros parciales de salud; Institutos de Medicina Altamente Especializada (que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pago a través del Fondo Nacional de Recursos); sanatorios y clínicas privados y, residencias para ancianos. Existen cerca de un total de 40 IAMC en todo el país. El Estado a través del MSP, del Ministerio de Economía y Finanzas, y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, ejerce cierto control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales de seguro de pre-pago. La principal fuente de financiamiento son las cuotas. Estas cuotas pueden ser de tres tipos: i) de pago individual, ii) de pago por convenio colectivo, o iii) pago por la seguridad social por un seguro obligatorio. Otras fuentes de financiamiento son los co-pagos para la utilización de servicios de los afiliados y los ingresos por la venta de servicios.

Para el año 1996, la cobertura brindada por el subsector público fue del 40.83 % de la población total, mientras que el subsector privado cubría el 46.59 % de la población, existiendo un 11.65 % sin cobertura y casi un 1 % sin datos¹⁰. Desde el año 2000, y producto de la sostenida crisis

⁹ Ministerio de Salud Pública (1999). Departamento de Estadística. Establecimientos de Salud en el Uruguay. Montevideo:

¹⁰ Censo de Población, INE 1996.

socio – económica que afecta al país y que impacta en la globalidad del sistema de salud, se estima que el subsector público provee cobertura a cerca del 50 % de la población total del país. Las mujeres se asisten más en los servicios públicos, y esto seguramente está vinculado al desempleo que afecta fundamentalmente a la población femenina y a la mayor informalidad laboral que no permite acceder a la seguridad social.

El modelo de atención en ambos sectores, ha estado enfocado predominantemente a la “recuperación” de la salud (modelo técnico asistencialista), con un menor desarrollo de las actividades de promoción y prevención, lo cual genera problemas crecientes desde el punto de vista del financiamiento y desde el punto de vista de los resultados. De todas formas, las acciones de promoción y prevención son desarrolladas fundamentalmente desde el subsector público.

No existe una definición expresa de una canasta básica o plan básico de prestaciones. El MSP define el mínimo de prestaciones que las mutualistas deben brindar al afiliado, por el monto de la cuota.

El gasto en salud en el Uruguay se ubica en aproximadamente el 10% del PBI (correspondiendo al subsector público alrededor del 2.8 %). Si bien puede considerarse un porcentaje elevado, es ineficiente desde el punto de vista macroeconómico y microeconómico. La principal fuente de financiamiento del MSP es el presupuesto nacional quinquenal a través de impuestos directos (88 % del presupuesto total del MSP) y el resto por vía no tributaria (precios 8,7 %, y proventos 3,3%).¹¹ No existe un proceso de información único ni sistemático sobre el financiamiento del gasto en salud del país¹². Los tres mecanismos principales de financiamiento del sector salud son: a) pre-pago voluntario de cuotas (42,1%); b) precios, que incluye medicamentos, órdenes y ticket (IAMC) (31,8%); y c) impuestos (25,2%). En el sector público la estructura de financiamiento muestra un predominio del financiamiento mediante impuestos. El financiamiento por vías no tributarias es escaso (por venta de servicios y precios 0,9 y 2,5% respectivamente) lo que refleja una baja recuperación de costos en el sector público. (OPS, 2002)

El porcentaje de gasto destinado a los programas de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica es sensiblemente bajo en el subsector público y nulo en el subsector privado, confirmando la afirmación realizada anteriormente que el sistema de salud en Uruguay está sustentado en un modelo técnico – asistencialista de recuperación de la salud.

¹¹ Ministerio de Salud Pública (1996). El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS. Mimeo.)

¹² Ministerio de Salud Pública. (1998) Análisis y tendencias de la salud en Uruguay. Montevideo: Ministerio de Salud Pública – Fortalecimiento Institucional del Sector Salud.

La coexistencia de tres subsistemas (público, privado y privado – social) en el doble escenario geográfico (Montevideo e interior del país), la superposición de servicios, la descoordinación interinstitucional, la falta de definición de prioridades, las carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control, cuestionan a tratar al conjunto de instituciones de asistencia como un sistema organizado y tienen impactos sobre la calidad asistencial y los costos de la atención. (Fernández et alii, 2002).

I. c. LOS INTENTOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD.

Las políticas de desarrollo en el Uruguay de los últimos 30 años han experimentado un viraje profundo. Desde determinados sectores, se fue enfatizando la idea que el viejo modelo de Estado benefactor ya no era más sostenible y debía ser reemplazado. La fórmula de “economías en transición” sirvió para designar estas reformas orientadas al mercado que comenzaron a ponerse en práctica en la década del 70. Uruguay comenzó a procesar luego de la transición democrática, en 1985, las reformas institucionales (llamadas de “segunda generación”): la reforma de la seguridad social, de la educación, de la gestión administrativa del Estado, y de la salud, entre otras. (Fernández et alii, 2002)

El tránsito de las reformas de “primera generación” parece hoy completo. Según los estudios de Morley (Morley et alii, 1999), Uruguay aparece como uno de los países más tempranamente reformados en la región y como el más reformado en una lista de 17 países de América Latina. Sin embargo, los estudios tienden a resaltar que la reforma del estado en Uruguay ha sido atípica cuando se la compara regionalmente, en particular porque siempre tuvo componentes estatistas junto con formas gradualistas de introducir las reformas.

Según Fernández et alii (2002) el *“carácter de la reforma “desobediente” a las tendencias marcadas por los organismos internacionales, ha llevado a una relativamente buena performance social frente a la situación de Latinoamérica. Esta performance social no sólo está relacionada con las políticas sociales y la forma en la que fueron reformadas, sino que también se debe a que el régimen welfare state subsiste de manera casi intacta.”*¹³

El estado uruguayo sigue teniendo una presencia poderosa y hegemónica en la vida cotidiana de los ciudadanos/as que no condice con las condiciones y compromisos asumidos frente a los organismos internacionales de crédito y fiscalización. Esto implicó transitar por soluciones atípicas para avanzar en su reforma.

¹³ Fernández, J., Mitjavilla, M., Moreira, C., (2002) Propuestas de reformas en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del welfare state?. Cuadernos de Saúde Publica, Río de Janeiro.

Los intentos de reforma del sector salud, inscriptos en un proceso de reforma del Estado, siguen también una pauta gradualista. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, fueron cautelosos al plantear innovaciones, quizás en consideración a la necesidad de alcanzar otros consensos "centrales" de la agenda. Esa cautela coincide también con rasgos culturales que mediatizan y gradualizan los cambios en todas las áreas de la vida social.

Las innovaciones emprendidas se han caracterizado por acciones que no reflejan necesariamente una articulación entre sí, ni reflejan lineamientos claros que permitan comprender su norte. La reforma del sector salud no ocupa un lugar visible en el debate público. Según el Informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el sistema de salud y la reforma en Uruguay (2002), el hecho más relevante de los últimos 15 años en el subsector público fue la separación de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en una administración aparte: la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE; artículo 275 de la Ley 15903 del 10 de noviembre de 1987). Si bien ASSE continúa bajo la dependencia del Ministro de Salud Pública, la ley de su creación le otorga la potestad de transferir sus servicios a las municipalidades, realizar convenios con las instituciones privadas e incluso la gestión de determinadas cantidades de los presupuestos de los establecimientos por los llamados "Grupos de Apoyo" (vecinos de la localidad). La creación de ASSE puede señalarse como el comienzo de una incipiente reforma del sector público que no se ha profundizado. En Uruguay no existe un proceso que intente reformar al sector salud en su totalidad.

Uno de los intentos de reforma se produjo en 1995 cuando el gobierno envió a consideración del Parlamento un proyecto de ley de presupuesto quinquenal que en uno incluía un artículo sobre la descentralización de la ASSE. Dicho proyecto no fue aprobado.

La crisis que afecta a la globalidad del sistema de salud ya no es posible de ser eludida por los actores políticos. Sin embargo, y a pesar del impacto que la misma tiene en la calidad de vida y de atención de la salud de la población, la reforma y transformación del sistema de salud no forma parte de un debate político y social amplio, con participación activa de la ciudadanía.

El déficit insostenible del seguro social de salud (mutualismo), el modelo asistencialista tecnocrático hegemónico, el escaso desarrollo de políticas de promoción y prevención, las emergentes problemáticas socio - sanitarias que configuran nuevas demandas en salud, la inequidad del sistema, la formación de los recursos humanos, el fortalecimiento del primer nivel, la calidad de atención de los servicios, deben imponerse a los bloqueos políticos que han inhabilitado un proceso más acelerado de transformaciones, al anteponerse intereses corporativos a los intereses colectivos.

En un nuevo escenario político que se inicia a partir de las elecciones nacionales de octubre de 2004, los actores políticos y sociales, y la ciudadanía en su conjunto, deberán ubicar la problemática del sector salud como prioritaria en la agenda. La realidad del sistema de salud exige transitar desde un patrón de “reestructuración pasiva” del sector hacia una política activa. Se deberán recuperar las distintas propuestas que se han elaborado desde 1985, provenientes de actores de naturaleza distinta (Concertación Nacional Programática en 1985, Federación Uruguaya de la Salud, Sindicato Médico del Uruguay, Programa de Fortalecimiento del Sector Salud – BM, entre otras) para proyectarlas en una nueva realidad sanitaria, social y económica que no admite mayores dilaciones. Para ello, parece clave analizar la capacidad política de los distintos actores de lograr los consensos básicos necesarios para el desarrollo de una política nacional en salud que garantice el derecho a la salud de toda la población, y que tenga como horizonte ético la equidad en salud.

En este nuevo escenario, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, puede encontrar un terreno más favorable donde poder articularse en una estrategia de transformación del sistema de salud en Uruguay. Pero, la misma debería plantearse no sólo resolver los problemas prioritarios que enfrenta el sector, sino hacerlo desde una perspectiva que refuerce el rol del Estado como garante del ejercicio del derecho a la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para toda la población.

I. d POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA: RESEÑA Y SITUACIÓN ACTUAL.

La historia de la salud materno infantil en el país tuvo un temprano desarrollo de políticas y programas, iniciados hacia mediados del SXX, que favoreció su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública, posibilitando el descenso de los indicadores de mortalidad infantil y de mortalidad materna, la captación temprana del embarazo y la atención institucional del parto (99 %). Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo materno infantil sustentado en el “binomio madre – hijo”, en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar, en la ausencia del varón-padre y su participación en los procesos reproductivos, trae aparejadas dificultades para deconstruir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Este es otro aspecto que explica, junto a los ya mencionados, la tardía definición desde el Estado de políticas y programas de abordaje integral a la salud sexual y reproductiva, hasta el año 1996. (López Gómez, et. alli, 2003)

Las prestaciones en planificación familiar, se comienzan a brindar a través de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), institución privada fundada en 1967. Ese mismo año, se aprueba la creación del consultorio de AUPFIRH en las instalaciones del MSP y la coordinación con la División Higiene y Asistencia del propio Ministerio. Es decisión de las autoridades ministeriales del momento, la autorización para que los suministros (en particular los métodos anticonceptivos) ingresen al país con carácter de donación para dicha institución (López et. alli, 2003). En el año 1997, el número de filiales de AUPF (así denominada desde el año 1993) en todo el país era de 91, y contaba con 130 médicos asociados. (UNFPA/MSP, 1997) La AUPF, operando dentro de las instalaciones del MSP, suministraba métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según asistencia privada y pública. La situación socio-económica de las usuarias definía el cobro de los servicios, existiendo criterios para la gratuidad: se ofrece bono de donación optativo a las usuarias de la Clínica Modelo, ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en el Centro de Salud Santa Rita (zona de Montevideo con elevado índice de NBI y alta tasa de mortalidad infantil).

Esta situación sostenida por años, se “naturalizó” a punto tal que, muchos/as usuarias, profesionales de la salud pública, e incluso autoridades nacionales estuvieron convencidos/as de que estos servicios los brindaba el Estado a través del MSP. (López Gómez et. alli., 2003)

En el año 1996, y como primer efecto de la CIPD (1994) se inauguraron en el subsector público de la salud, dos Programas en Salud Reproductiva que incluyeron las prestaciones en anticoncepción. En los documentos de creación de ambas iniciativas, los programas se formulan desde la perspectiva del cambio de paradigma que introduce la CIPD, y en la necesidad de avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos de la población. Los dos programas contaron inicialmente con apoyo financiero del UNFPA.

En el ámbito del gobierno de Montevideo se inicia el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), el cual se desarrolla actualmente en las 20 Policlínicas municipales, a través de tres subprogramas: Maternidad Informada y Voluntaria; Control del Embarazo y Puerperio y Detección Oportuna del Cáncer Genito Mamario. El PAIM cuenta con presupuesto genuino, integrándose como parte de las políticas sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). Incorpora a las tradicionales prestaciones de control de embarazo y puerperio, la detección oportuna del cáncer genito mamario y servicios de anticoncepción mediante métodos hormonales orales e inyectables, DIU y preservativos, y más recientemente anticoncepción de emergencia. Los métodos anticonceptivos se ofrecen a costo de reposición, y el banco de métodos es administrado por Comisiones de Vecinas/os de apoyo al PAIM. Desde el año 2001, la IMM ha puesto en marcha el Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para Montevideo,

que cuenta con un componente y líneas de acción en Derechos Sexuales y Reproductivos. El mencionado Plan es, al momento, la única experiencia de política pública, que tiene como finalidad la equidad de género. No existe un Plan de estas características para todo el territorio nacional.

En el MSP, se inaugura, también durante 1996, el Programa Maternidad y Paternidad Elegida, que se inició como proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, siendo definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de salud. Se estableció el compromiso del MSP de dotarlo de recursos genuinos para su continuidad una vez finalizado el apoyo internacional. Instaló servicios de planificación familiar, en los 10 Centros de Salud en Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los cuales, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial, no tuvieron la continuidad esperada. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país.

El Programa Maternidad y Paternidad Elegida fue un programa vertical no integrado en la estructura de servicios del MSP, coordinado desde la Dirección General de la Salud y con escasa articulación con la Administración de Servicios de Salud del Estado, instancia responsable por la gestión de los servicios de salud del MSP. Esta situación dificultó severamente su desarrollo, junto con el tímido compromiso de las autoridades del momento sobre la importancia de las políticas en salud sexual y reproductiva, las cuales eran vistas más como un "lujo" que como un derecho. Ya habían pasado casi cinco años de la CIPD, y si bien se registraban avances en las políticas, éstas no daban cuenta de los cambios que el país necesitaba en esta materia.

El trabajo desarrollado por las organizaciones de mujeres y feministas¹⁴ camino a Cairo + 5 (1999) fue sustancial para que Uruguay participara activamente en el proceso global de reafirmación de la Plataforma de Acción de la CIPD. Por primera vez, la Delegación Oficial del país incluye a representantes de las organizaciones de mujeres, así como a integrantes del gobierno central y municipal de Montevideo. En el documento de país que Uruguay presentó en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se hizo referencia al cambio demográfico significativo por el cual atraviesa la población uruguaya y la necesidad de políticas públicas que abordasen las nuevas problemáticas sociales en salud y derechos sexuales y reproductivos. Se

¹⁴ El proceso es liderado por las organizaciones MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) y la CNS (Comisión Nacional de Seguimiento. Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía). Ver www.mysu.org.uy y www.chasque/comision, respectivamente.

reconocía así, de manera oficial, que Uruguay había dejado de ser un “país sin problemas de población”. La reafirmación de los países a la CIPD a cinco años de la elaboración de la Plataforma de Acción, significó para Uruguay el impulso y respaldo necesario para avanzar en las políticas de salud sexual y reproductiva. Y en este proceso, el rol y la estrategia desarrollada por las organizaciones de mujeres y feministas fue sustantivo. Principalmente por colocar en la visibilidad pública, el campo de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, a través de la construcción de canales de diálogo con diferentes actores políticos y sociales y mediante el desarrollo y la ampliación del debate social con la ciudadanía en general y las mujeres en particular.

En este escenario, el MSP decide en el año 2000 el cese de la ejecución del Programa Maternidad y Paternidad Elegida y el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado - MSP). En Montevideo se implementó, en el marco del SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa, unidad ejecutora de los servicios del primer nivel del MSP en Montevideo), el *Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM)* el cual se puso oficialmente en marcha el 8 de marzo del año 2001, integrándose a la estructura de servicios ministerial, con presupuesto genuino. El Programa SIM funciona en los diez centros de salud del primer nivel de atención en Montevideo, ofreciendo en sus prestaciones atención en métodos anticonceptivos de manera gratuita. El análisis del proceso de implementación de esta nueva orientación de la política pública en salud reproductiva del MSP, será analizada en la próxima sección, dada la significancia que ha tenido para el desarrollo de los servicios en salud reproductiva en el país.

Con los mencionados Programas, y por primera vez, se comienzan a generar condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de la consulta gineco-obstétrica. Los servicios de atención en salud reproductiva incluyendo prestaciones en anticoncepción han ido progresivamente teniendo cobertura nacional. En tal sentido, el Relevamiento de Servicios Públicos de Salud Reproductiva¹⁵, muestra que existen 50 servicios públicos del MSP que incluyen anticoncepción en el interior del país, con diferencias en la calidad de sus prestaciones, así como en la disponibilidad de insumos.

SECCION II

¹⁵ Guía de Servicios Públicos en Salud Reproductiva en Uruguay. MYSU – UNFPA, Montevideo diciembre 2002.

II. a ESTUDIO: DEL ENFOQUE MATERNO INFANTIL AL ENFOQUE EN SALUD REPRODUCTIVA: TENSIONES, OBSTÁCULOS Y PERSPECTIVAS EN LA NUEVA POLÍTICA PÚBLICA.

El inicio del Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) en la órbita del MSP en Montevideo, a comienzos del año 2001, significó un cambio relevante en las políticas de salud reproductiva desarrolladas hasta el momento en el país. Su creación señala una tendencia al fortalecimiento del primer nivel de atención, a la ampliación de la cobertura de los servicios del MSP y el inicio de un camino en el cambio del modelo de atención. Ello se refleja, por un lado, en una actitud diferente del Estado respecto a las políticas en salud reproductiva, expresada por la inclusión de nuevos servicios a la cartera de prestaciones; y por otro lado, en la tendencia a la descentralización, con transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del primer nivel, que tiene en el Programa SIM una de sus concreciones.

A los efectos de asegurar cobertura y ampliar el acceso a la anticoncepción, la Dirección General de la Salud del MSP le encomendó al Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE - MSP) establecer prestaciones de anticoncepción en las unidades efectoras del primer nivel de atención en Montevideo, capital del país. La población de Montevideo (1.344.839 habitantes¹⁶) tiene en un 40% cobertura asistencial brindada por el MSP¹⁷. El Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE-MSP) coordina el primer nivel de atención, a través de una red estructurada por 10 Centros de Salud que tienen dentro de su área, una serie de policlínicas dependientes y consultorios de médicos de familia. Estos efectores del SSAE efectuaron 1.200.000 consultas durante el año 2001 y cuentan con una población usuaria aproximada de 123.000 de mujeres entre 10 y 49 años.

El SSAE - MSP decidió incorporar las prestaciones en anticoncepción mediante la creación de un Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) que articulara un conjunto de acciones: captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción. Se propuso además promover la sensibilización y capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género y la formación de grupos de mujeres como estrategia socio-educativa y preventiva.¹⁸

¹⁶ Fuente Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo de Población, 1996.

¹⁷ Fuente: INE, Idem.

¹⁸ Documento Propuesta: Salud Integral de las Mujeres Usuarías del SSAE: Líneas Programáticas en construcción. SSAE -MSP, febrero 2001

La investigación desarrollada en el marco del Programa VINREPLAC – Fundación Mexicana para la Salud, a la cual dedicaremos este apartado, se inició casi de manera contemporánea a la implementación del Programa SIM, y se planteó como objetivo general:

Conocer y analizar los factores socioculturales, funcionales y organizacionales que inciden en la inserción de un Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, en el marco de un modelo asistencial materno – infantil, en servicios del primer nivel de atención del sub-sector público del Departamento de Montevideo y parte de la zona Metropolitana.

Se planteó como objetivos específicos: 1. Conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres usuarias de los servicios y explorar sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva. 2. Identificar los factores funcionales y socio-culturales que inciden en la accesibilidad de las mujeres usuarias de los Centros a los servicios del Programa SIM. 3. Conocer los aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad de directores y técnicos/as de los Centros, que inciden en la implementación del Programa SIM. 4. Identificar los factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte de los/as técnicos. 5. Identificar los factores funcionales y organizacionales de los servicios que inciden en la implementación del Programa SIM. 6. Conocer el papel que juegan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción.

La investigación fue desarrollada por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en coordinación con el Servicio de Salud de Asistencia Externa (SAEE), organismo responsable de la implementación del Programa.

Se definió un diseño metodológico mixto que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas a los efectos de conocer diferentes facetas y perspectivas del objeto de estudio, mediante un proceso de triangulación, combinando miradas disciplinarias diferentes, la visión de informantes diversos, un equipo interdisciplinario de investigación (ciencias sociales y ciencias de la salud), y el uso de técnicas distintas para la generación de información *“a fin de permitir la interacción, la crítica ínter subjetiva y la comparación.”* (de Souza Minayo, MC, Cruz Neto, O, 1999). Estos procedimientos configuran una modalidad de validación de los hallazgos y conclusiones.

Se seleccionaron aleatoriamente cinco Centros de Salud (Giordano, Santa Rita, Unión, Cerro, Piedras Blancas) según los siguientes criterios: dimensión del Centro, antecedentes de implementación del “Programa Maternidad y Paternidad Elegida”, presencia de servicios de AUPF y dinámica de funcionamiento del Centro. Se utilizaron las siguientes técnicas: 1. Análisis documental: se realizó el relevamiento y análisis de documentos, en especial aquellos

elaborados por el MSP y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales referidos a políticas de salud y antecedentes nacionales en la implementación de programas en salud reproductiva. 2. Observación de Centros de Salud: se realizaron observaciones directas en los Centros seleccionados con el objetivo de recoger información sobre la dinámica de funcionamiento cotidiano de sala de espera, relaciones interpersonales, tipo de comunicación, organización del espacio y del tiempo, privacidad de la consulta. 3. Entrevistas a técnicos/as y directores/as de los Centros de Salud: la selección de la muestra de técnicos/as contempló los siguientes criterios de inclusión: mujeres y varones; gineco-obstetras, parteras y licenciadas en enfermería - por entender que en las etapas iniciales de implementación del Programa SIM serían las profesiones que tendrían una mayor incidencia en el proceso-; técnicos / as coordinadores del Programa SIM en el Centro. Se entrevistó un total de 10 técnicos / as y 5 directores. 4. Entrevistas a autoridades del Ministerio de Salud Pública: se realizaron entrevistas con autoridades de la Dirección General de la Salud, a los efectos de poder conocer su perspectiva respecto a la situación de las políticas en salud reproductiva en el país en un contexto de reforma, e identificar tensiones y tendencias en este campo. 5. Encuesta a mujeres usuarias de los Centros de Salud: se construyó una muestra de 683 mujeres de la población femenina de 10 a 49 años, usuaria de los Centros. El tamaño muestral se definió a partir de los parámetros: frecuencia esperada de variable de estudio (temor a la realización del Papanicolaou): 20%¹⁹; nivel de confianza: 95%; precisión: 0.03. Fue un muestreo estratificado por Centro en base a la proporción de consultas durante el primer cuatrimestre de 2001. Se utilizó un formulario constituido por 114 preguntas cerradas y 16 preguntas abiertas (cuyas respuestas fueron categorizadas y codificadas posteriormente). Se diseñaron Bases de Datos en formato EPI-INFO. 6. Entrevista a mujeres usuarias: se utilizó como complementaria de la encuesta, a efectos de explorar más profundamente los siguientes tópicos: significados de la maternidad, decisiones reproductivas, significados y uso de métodos anticonceptivos, relación con el Centro. Se construyó un muestreo teórico teniendo en cuenta los siguientes criterios: edad, antecedentes de maternidad y frecuencia de asistencia al Centro.

Los resultados del estudio, que serán presentados de manera sintética, ofrecieron evidencias sustantivas al identificar las tensiones existentes en la implementación de una nueva política

¹⁹ Bonino M, Faral L, Richero R, Terra C. Creencias, prácticas y opiniones de mujeres en edad fértil en relación al uso de los servicios de salud materno-infantil. Facultad de Medicina, IDRC. 1994.

pública sobre servicios de salud reproductiva, y al sugerir recomendaciones para avanzar en el desarrollo y consolidación de esta política en el país.

Se identificaron seis grupos de factores relevantes en el proceso de implementación del Programa SIM vinculados a la transformación de un modelo de atención materno infantil hacia un modelo integral en salud reproductiva. Ellos son: 1. factores vinculados a la tensión entre los paradigmas de la salud materno infantil y de la salud reproductiva; 2. factores vinculados a las representaciones sobre la mujer; 3. factores vinculados al reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; 4. factores vinculados al lugar asignado a los varones y su participación reproductiva; y 5. factores vinculados al funcionamiento y organización de los Centros Salud. En el siguiente apartado, se presentarán los principales resultados del estudio, organizados en función de los objetivos específicos que el mismo se había propuesto.

II. b RESULTADOS.

A partir del estudio fue posible elaborar un **perfil sociodemográfico** de las mujeres usuarias de los Centros de Salud donde se asienta el Programa SIM y conocer sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva. Este perfil mostró que dos tercios tienen menos de 30 años, mientras que un tercio tiene entre 30 y 49 años. El nivel de instrucción fue, en términos generales, más bajo que el de la población de Montevideo de 6 años y más. Pocas mujeres se ubicaron por encima del nivel primario. Respecto a la situación de pareja, el 46% declaró unión libre, seis veces mayor que el que registra la población global de Montevideo. Más de la mitad eran económicamente inactivas y de las que trabajaban, más del 60% se dedicaba a ocupaciones de escasa calificación y remuneración. El 13% manifestó ser la principal fuente de ingresos en su hogar, siendo en la mayoría de los casos la pareja la principal fuente de ingresos (59%). En cuanto al tipo de hogar, la mayoría (54%) vive en hogares nucleares con hijos, y un 33% en hogares extendidos; aproximadamente 3 de cada 10 usuarias, viven en hogares constituidos por 6 y más personas. Respecto a la trayectoria reproductiva el 90% había estado o estaba embarazada. El 25 % había tenido entre 3 y 4 embarazos. En promedio el número deseado de hijos fue de 2.5, si bien fue mayor en el grupo de 40 a 49 años (3.1) respecto al de las adolescentes (2.1), lo cual podría sugerir un cierto cambio respecto al ideal de la maternidad en las diferentes generaciones.

En cuanto a sus *hábitos y actitudes referidos a medidas de prevención*, destacamos: en las mayores de 20 años, casi el 30 % manifestó no haberse realizado nunca el examen del PAP; al 41% nunca le realizaron un examen de mamas; el 48% nunca se hizo un auto examen de mamas. El temor a realizarse estudios preventivos tales como el PAP (43%) es un elemento

importante para orientar las acciones en este sentido. A su vez, las mujeres señalan que el sistema de salud "no informa" sobre asuntos relativos a su salud, contrastando con el énfasis puesto en los Centros de Salud, en el cuidado del embarazo y del recién nacido que aparecen como ejes "incuestionables" del modelo de atención. También se registró mediante la observación directa que la escasa cartelera y folletería disponible en salas de espera, estaba generalmente referida a temáticas concernientes a la maternidad, la lactancia, el cuidado y control del embarazo, sin referencias a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. En lo referente a derechos sexuales y reproductivos, solamente un 5 % de las usuarias reconoció la terminología. Pero, la mayoría (92%) percibe derechos vinculados a tener o no tener hijos; un 34 % refirió derechos a la procreación y ejercicio pleno de la maternidad; otra 34 % destacó el derecho a elegir el número y espaciamiento entre los hijos, y una pequeña proporción (6%) explicitó el derecho a no ser madre. En el campo de los derechos sexuales, fueron mencionados principalmente los relacionados a poder decidir las características y condiciones en las que se enmarcan las relaciones sexuales (38%), a no ser víctimas de coerción y violencia sexual (11%) y al autocuidado (9%).

Accesibilidad al Programa SIM.

Se identificaron los factores funcionales y socio-culturales que inciden en la accesibilidad de las mujeres usuarias a los servicios del Programa SIM. Los factores fueron recogidos tanto en la percepción de las mujeres usuarias como de técnicos/as y directores/as. El modelo materno infantil hegemónico en la concepción, organización y prácticas de los Centros de Salud, ha sido internalizado y naturalizado por el personal y por las usuarias, condicionando de esta forma tanto el tipo de demandas de atención, como la capacidad de escucha y decodificación de las mismas desde el lugar profesional. El Centro "materno infantil", reproduce en su dinámica lo que es el núcleo de su identidad: se vincula con la población desde una postura "maternal" que tiende a infantilizar a los/as mujeres usuarias. Esto deriva en prácticas asistenciales en lo sanitario y de corte asistencialista desde una perspectiva social, alejándose así de un enfoque de la población usuaria como sujeto de derechos y con capacidad para ejercer su autonomía en tanto ciudadanos/as y decisores (Avila, MB, 2000). La tensión entre lo materno infantil y el abordaje integral de la salud reproductiva se evidenció en el discurso de los/as directores/as de los servicios. Uno expresó: *"Lo importante es el control de la embarazada y el bebé. Dejando, como secundario otros campos de la salud reproductiva"*. Otro afirmó: *"... Yo pienso que hay que cambiar un poco la mente del profesional pero también de la usuaria, que todo lo que reclame la usuaria vamos a buscar respuesta de alguna manera, sí, hay una complicidad entre la usuaria*

que no reclama y nosotros, en la vorágine de lo asistencial y de lo materno infantil, no le prestamos atención”.

En el mismo sentido, la “mirada” de los/as técnicos sobre las mujeres usuarias condensa estereotipos de género (Scott, J, 1996) y de clase social. Se observa, se analiza y se actúa en relación a estas mujeres, desde valoraciones diferentes a las que operan en relación a otras mujeres usuarias de servicios mutuales y/o privados de la salud, a las que los/as técnicos asisten en sus otras inserciones laborales. Los atributos asignados a las mujeres *pobres*, están asociados a la irresponsabilidad en el ejercicio de la maternidad y en el cuidado de la salud (dejadez, abandono personal). En concordancia, las prestaciones en anticoncepción son concebidas como una estrategia de control de la reproducción de la pobreza, y no como un derecho de las personas para la autodeterminación reproductiva configurando en alguna medida una barrera sociocultural para el acceso. Así lo expresó un proveedor: *“El Uruguay no necesita más hijos de la pobreza. (...) Muchas veces es que la gente marginal, que es la que más necesita de estos programas no tiene conocimiento o no tiene acceso, porque son, por decir así, tan abandonados, que ni siquiera tienen carné de asistencia, ni la disponibilidad de horario”.* Otra expresó: *“Sí, yo trabajo en una mutualista donde la mujer quiere su embarazo. Pero acá, con muchas mujeres que vienen por el control de su embarazo, como un rechazo ya desde el principio (...)”*

En lo concerniente a aspectos del funcionamiento cotidiano de los Centros, algunos operan como barreras para el acceso de las mujeres a los servicios y prestaciones del Programa. En las observaciones realizadas en sala de espera se detectó que los/as técnicos y el personal administrativo de los Centros no estaba identificado debidamente, y que la mujer tampoco estaba debidamente personificada sino que se la nombraba genéricamente como “madre”.

Características del personal de los servicios de salud.

Un conjunto de factores que inciden en la implementación del Programa SIM están vinculados a aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad de los/as directores y técnicos de los Centros. El Programa SIM no era percibido como una propuesta diferente que cuestiona el modelo anterior. La “salud reproductiva” era vista como sinónimo de servicios de anticoncepción, y evocada como una actividad nueva que se sumaba o se agregaba a las que el Centro de Salud desarrolla (Langer, A, 1999). La percepción predominante era que el Programa SIM implicaba solamente una ampliación de la oferta de prestaciones a la población, al incluir la planificación familiar. Esto se correlacionaba con la vivencia de mayor exigencia para todo el personal, y para las capacidades de los Centros de llevarla a cabo. La incorporación de una nueva tarea era vivida como un “peligro” para el buen desarrollo de lo materno infantil. En tal sentido, se recogió

el temor a la pérdida de un logro muy importante de los Centros. Desde esta concepción, lo que se visualiza son necesidades prácticas de las mujeres (acceso a métodos anticonceptivos), pero no se identifica que la salud y los derechos sexuales y reproductivos apuntan a identificar y construir respuestas a las necesidades estratégicas de género (Moser, C, Young, K, 1991) de modo de contribuir a superar la inequidad y la discriminación.

Así lo expresó una directora: *“Seguimos manteniendo lo materno infantil pero hemos tenido que agregar otras cosas de necesidad. Creo que la salud reproductiva y la atención integral de las mujeres es una necesidad altamente pedida por todos desde hace mucho tiempo: por las usuarias, por los técnicos. (...) Si a mi me dijeran: estamos atendiendo mal a las embarazadas, pero ese no es el tema. Estamos agregando un servicio con la salud reproductiva. Yo creo que la atención a la salud reproductiva no nos saca tiempo a la atención a la embarazada” (sic)*. Otra directora señaló: *“En una reunión que tuvimos con un consultor del FNUAP uno de nuestros ginecólogos planteó su queja acerca de cómo habían cambiado los Centros de Salud, que eran tan maravillosos como centros materno infantiles, y que ahora nos estamos preocupando por otros temas”*.

Cuando los/as profesionales se refirieron a las mujeres usuarias las identificaron a partir de la función materna (“las embarazadas”, “las madres”). Parece ser que a pesar de que se diga *“la mujer no es sólo madre”*, la misma es concebida fundamentalmente en tanto tal. Esto constituye una expresión de la eficacia simbólica de las representaciones sociales sobre la maternidad como función central y legitimante del ser mujer (Fernández A.M, 1993) a la vez que configura un desafío para el Programa SIM en lo que respecta a la capacitación de los integrantes de los equipos de salud. Desde la percepción de los proveedores/as, la maternidad de las mujeres usuarias era referida a la “búsqueda de status social”, al cumplimiento de un destino, a la imposibilidad de asumir y ejercer “adecuadamente” el rol materno debido a las condiciones socioeconómicas, y a la maternidad como una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre. Las situaciones que atraviesa la población usuaria (pobreza, desempleo, violencia), que golpean la realidad cotidiana de los Centros, configurando “nuevas” demandas en salud, llevan al profesional a cuestionar su capacidad de ayuda, generando sentimientos de impotencia. En tal sentido, el espacio de trabajo en equipo es demandado por los proveedores como un lugar donde reflexionar sobre el quehacer profesional en los Centros, y como un espacio de cuidado y contención del sí mismo.

Se registró que los proveedores no estaban familiarizados con el lenguaje y el contenido de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. La mujer es concebida fundamentalmente como objeto social aislado (Mitjavila, M, Echeveste, L, 1994) sin capacidad plena para tomar

decisiones y ejercer el control sobre su propia vida. Así lo expresa un proveedor: "... y *teníamos estructurada una forma de darle a las mujeres, que consistía en que el día que venían a controlarse, las controlábamos y nos quedábamos con el carné hasta que terminaba la clase, y entonces las obligábamos a quedarse. Y se quedaban...*"

En síntesis, si bien el Programa SIM *propone* un cambio de paradigma en la concepción de la salud de las mujeres, este no era percibido por los efectores. Sin embargo, y consideramos que en este punto radicaba uno de los principales nudos en la implementación, el Programa *esboza embrionariamente* un cambio en el modelo de atención, sin desarrollar criterios de operativización claros en esta dirección. (Verdes Montenegro, JC, 1995)

La prescripción de métodos anticonceptivos.

Se identificaron algunos factores vinculados a las prestaciones en anticoncepción y que condicionaban su operativización. La planificación familiar fue referida por los proveedores como un punto conflictivo vinculado a aspectos ideológicos, culturales y económicos. Un grupo de técnicos, elevó a las autoridades una carta²⁰ con cuestionamientos vinculados al modo de implementación de los servicios, y a la remuneración insuficiente del personal para desempeñar esta tarea. Se argumentaba que las condiciones laborales contractuales eran insuficientes para el cumplimiento de esta tarea. En las entrevistas señalaban la sobrecarga que implica la planificación familiar en el trabajo cotidiano. Hay técnicos/as que se negaban a ofrecer el DIU a las usuarias, aduciendo que no había condiciones sanitarias adecuadas para realizar este acto. Así lo expresaron en la mencionada carta: "*La consulta en anticoncepción merece un párrafo aparte. Es un programa nuevo que se suma al trabajo que ya estamos realizando con mayor carga de esfuerzo, concentración y responsabilidad, obligándonos a desplazar la consulta de captación de embarazo, de control del mismo, así como la demanda ginecológica...lo que perturbaría además el arduo trabajo de seducción y de estímulo a que este tipo de usuarias nos obliga para que controlen adecuadamente sus embarazos.*"

En una entrevista, una directora así expresó: "*No tengo pelos en la lengua, tenemos grandes dificultades con el DIU, por el tema de la remuneración. Son los ginecólogos los que no ponen el DIU. ¿A quién toman de rehén? A la usuaria.*"

A su vez, la discontinuidad en la disponibilidad de métodos anticonceptivos y las dificultades para su adecuada gestión dentro de los Centros de Salud, operaba como un serio obstáculo a esta prestación.

Por su parte, al momento de ser encuestadas, un 78 % de las mujeres declaro usar métodos anticonceptivos, la preferencia se distribuyó aproximadamente en tres partes iguales: preservativos (36%), DIU (33%) y anticonceptivos orales (30%). El uso de preservativos alcanzó el máximo entre las adolescentes con el 50%, disminuyendo al aumentar la edad.

Se observó la ausencia de un lineamiento programático de incentivo a la promoción de la doble protección y de implementación de la anticoncepción de emergencia la cual no formaba parte de las prestaciones en ese momento.

Los servicios de salud.

Un conjunto de factores estuvo relacionado con el **funcionamiento y organización de los Centros de Salud** que obstaculizan o facilitan la implementación del Programa SIM.

Algunas condiciones de los Centros inciden directamente en la calidad de atención: alteraciones a la privacidad durante la consulta, falta de una estrategia de difusión del Programa SIM, escasa cartelera y folletería. El 45% de las mujeres encuestadas expresaron desconocer la existencia del Programa y la posibilidad de acceder gratuitamente a métodos anticonceptivos. También manifestaron desinformación en aspectos tan relevantes como la prevención del cáncer genito mamario. Un tercio de las usuarias registraron el antecedente de haber concurrido en alguna oportunidad a la consulta y no haber sido atendidas. Algunos de estos aspectos fueron señalados con preocupación por los/as técnicos y directores: *"Los espacios físicos en los que se desarrolla la consulta son diversos. En muchos de ellos a la estrechez de la sala de espera de algunos consultorios, se agrega la falta de aislamiento lo que impide que la consulta se desarrolle en condiciones de confidencialidad"* (Técnico Profesional, Centro de Salud).

Se constató en los/as técnicos una concepción de la práctica que privilegia el trabajo "intramuros" (hacia dentro del Centro de Salud), en detrimento de las acciones comunitarias. Incluir estrategias de promoción y educación integradoras de los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva, implicaría un cambio hacia un modelo integral de atención de la salud. El Programa incluye un componente referido a la instrumentación de grupos de mujeres de la comunidad, su concreción requiere de una clara intencionalidad de cada Centro: *"Ya tuvimos la primera reunión de mujeres. Lo hacíamos antes pero con otra perspectiva. Pero ahora lo hacemos con el objetivo de que las mujeres formen grupos de acuerdo a sus intereses y ellas mismas sean las verdaderas...protagonistas"*, señaló un técnico profesional en una entrevista.

Varios profesionales evidenciaron una visión restringida sobre el equipo de salud (Segura, J, 1995, 1996). Se registró que el protagonismo del equipo de salud recae desmesuradamente en

²⁰ Carta dirigida a Dirección de SSAE. Marzo, 2001. Documento interno SSAE.

la figura del médico/a, y pasa a segundo plano el rol de otras profesiones. También se observan dificultades generadas por los significados diversos que tiene el trabajo en equipo para los diferentes actores. La dificultad de implementar orgánicamente espacios institucionales que promuevan y habiliten las reuniones entre los/as profesionales que intervienen en el Programa, fue señalado como obstáculo, en especial desde la percepción de los/as directores.

Como se mencionó anteriormente, las condiciones laborales y salariales de los/as profesionales aparecieron incidiendo directamente en la implementación del Programa SIM: *"En un principio yo estaba medio reacia con la idea porque considero que nuestros salarios son demasiado bajos como para que nos estén sobrecargando"*, señaló una *técnica entrevistada*.

En referencia a la capacitación de los/as profesionales que trabajan en los Centros, los/as técnicos y directores señalaron la necesidad de la formación y actualización permanente: *"Yo soy de las que digo que la capacitación siempre es necesaria, nunca podemos decir que está todo aprendido (...) Yo creo que son funcionarias que tienen los elementos básicos para desenvolverse en el cargo, que lo están haciendo, pero la capacitación es siempre bienvenida."*

Los varones y la salud sexual y reproductiva.

Se identificaron algunos factores relacionados con el papel que juegan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción.

La perspectiva de las mujeres usuarias respecto al lugar de los varones en las decisiones sexuales y reproductivas, se evidenció en diferentes campos. El 70% de las usuarias no había utilizado nunca preservativo, aduciendo un 58 % que esto se debe al uso de otro método anticonceptivo; sólo un 3 % lo atribuyó al rechazo de la pareja. Según el 15% de las encuestadas, la práctica del estricto uso de preservativos fue explicado por el temor de los varones al SIDA. Ante una imaginaria situación de tener que *resolver el conflicto* de que la mujer deseara usar preservativos y el varón los rechazara, el 54% de las usuarias afirmó que la situación se resolvería en el sentido de no mantener relaciones sexuales, y el 15% admitió la imposición de los criterios del varón. Cuando el conflicto se planteó referido a la elección del método anticonceptivo, sólo un 3 % admitió la imposición masculina, y otro 3 % admitió resolverlo a espaldas del varón, mientras que la mayoría (62%) afirmó que haría predominar su criterio.

Los varones, en calidad de pareja, son señalados por las mujeres usuarias como los principales copartícipes en la elección del método (48%). Si bien un 36% señaló que estas decisiones están vinculadas a la opinión de los/as profesionales, un 31 % de las encuestadas decide sin

considerar otras opiniones. Un tercio de las usuarias identificó a su pareja como la persona con quien habla sobre asuntos relacionados a su sexualidad.

La utilización de las distintas técnicas de investigación, permitió conocer otros aspectos referentes al papel de los varones. Las observaciones en los Centros de Salud, mostraron la ausencia de varones en las salas de espera y la presencia de un número significativo en las inmediaciones del Centro, aguardando la salida de "las madres".

De las entrevistas a directores y técnicos, surgieron distintas visiones: desde el varón como participante en las decisiones reproductivas, a otras que remarcaron la relación de dominio sobre sus parejas, constatada tanto en la imposición masculina de tener hijos propios, como en la prohibición del uso de métodos anticonceptivos (Güida, C, 2002)

El análisis de las entrevistas permite afirmar que no están visibles en la consideración del Centro de Salud posibles acciones en relación a la salud reproductiva de los varones. Esto coincide con una visión de la salud reproductiva y la anticoncepción como campos asociados exclusivamente a la salud de la mujer. En las entrevistas, un director manifestó: *"En cuanto al varón es una población que no existe para nosotros. No sabemos donde está. Es todo un tema..."*

En suma, la investigación permitió identificar una serie de **factores que intervenían en la implementación del Programa SIM**. Se pusieron en juego un conjunto de factores que refieren a tensiones presentes entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención, y la propuesta de construir un modelo integral de atención. Esta co-existencia genera conflictos de diversa índole que fueron identificados en este estudio y que se pueden resumir de la siguiente manera:

- de un modelo centrado en el enfoque materno infantil, a un modelo centrado en el enfoque de la salud reproductiva desde una perspectiva integral y de género;
- de un modelo centrado en lo asistencial, a un modelo que se sustenta sobre la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria;
- de un modelo sostenido en la figura del médico en tanto "actor" principal, a un modelo que promueve la conformación de equipos de salud multiprofesionales con una perspectiva interdisciplinaria;
- de un modelo sostenido sobre una concepción biomédica de la salud, a un modelo que se fundamenta en una concepción integral de la salud;
- de un modelo focalizado en la figura de la mujer – madre, a un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral cuyas necesidades en salud se producen a lo largo del ciclo vital;

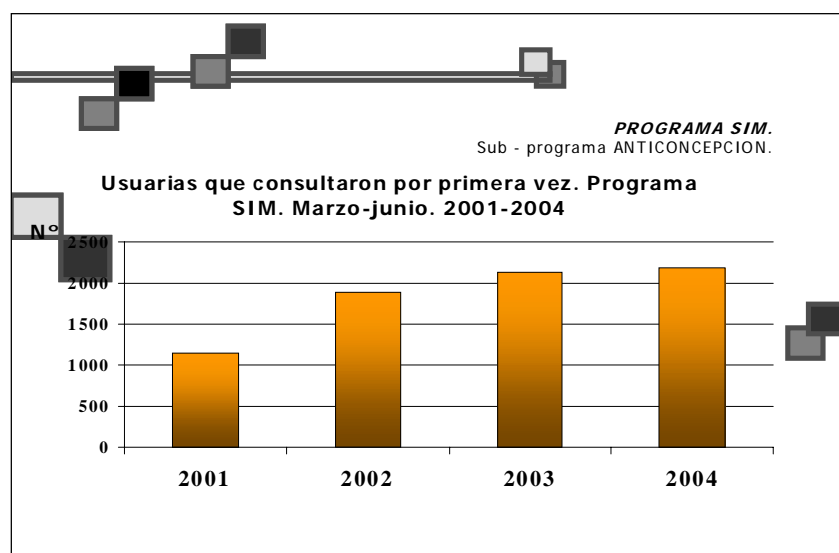
- de un modelo que considera a la usuaria en tanto “objeto” de la atención, a un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el empoderamiento y el ejercicio de la ciudadanía.

II.c EL PROGRAMA SIM, CONSOLIDACIÓN, VIEJOS Y NUEVOS DESAFIOS.

A casi cuatro años de su inicio, el Programa SIM ha logrado consolidar su presencia en los Centros de Salud del MSP del primer nivel de atención en Montevideo. Los resultados del estudio y las recomendaciones formuladas en su momento, fueron analizados conjuntamente (noviembre de 2002) por el equipo de investigadores y las autoridades a los efectos de evaluar su viabilidad institucional, financiera y política, y progresivamente incorporadas.

La investigación jugó un rol central al ofrecer evidencias que fueron tomadas para ampliar, reforzar y corregir aspectos de la política pública.

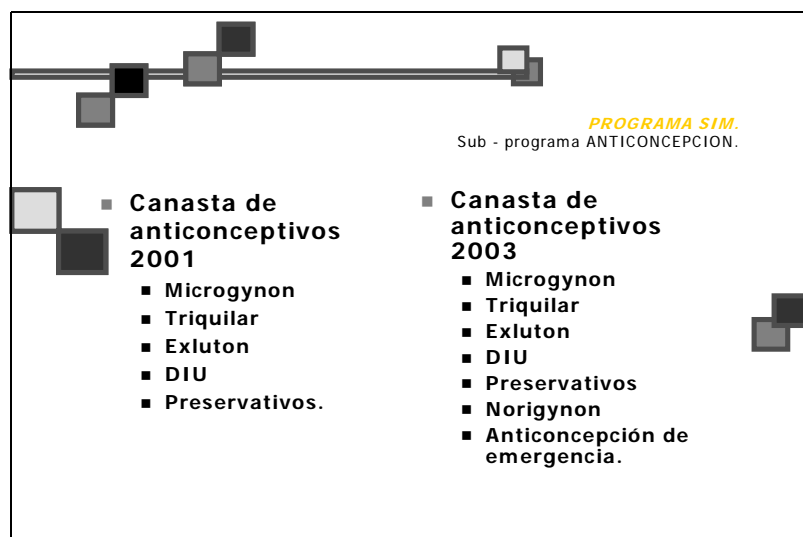
El Programa SIM amplió el número de usuarias, así como la cobertura y el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos en el marco de la consulta gineco-obstétrica (componente éste “sensible” del nuevo Programa y de la nueva política). En tal sentido, el cuadro que a continuación se presenta, muestra el incremento sostenido de nuevas usuarias en las prestaciones de anticoncepción.



Fuente: Programa SIM – MSP, setiembre 2004.

En cuanto a la cartera de métodos anticonceptivos disponibles, el Programa SIM amplió su oferta de métodos. El siguiente cuadro muestra los métodos anticonceptivos ofrecidos al inicio del Programa y la cartera actual de métodos. A su vez, se ha consolidado la disponibilidad de insumos, no habiéndose registrado discontinuidades, a partir del segundo año de

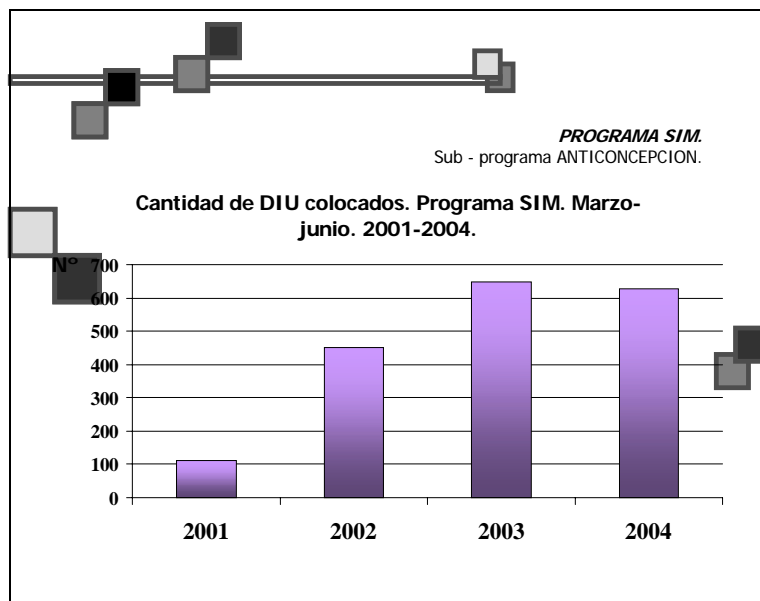
implementación. Este punto es central en el análisis de la consolidación de una política de estas características, especialmente cuando se trata de contextos económicos restrictivos como los que atraviesa el país y especialmente el sistema de salud, con una agudización de su crisis particularmente desde el año 2002.



Fuente: Programa SIM – MSP. Setiembre 2004.

Como puede observarse en el cuadro, se incluyeron las prestaciones en anticoncepción de emergencia a través de las modalidades de productos dedicados y del método de Yuspe. Esta formaba parte de una de las recomendaciones del estudio, y su incorporación se consolida hacia mediados del año 2003.

El siguiente cuadro muestra los datos sobre colocación de DIU desde los inicios a la fecha. Tomemos en consideración que la colocación de DIU fue uno de los aspectos más conflictivos en la implementación del Programa SIM que se manifestó en barreras de diversa entidad (económicas, ideológicas y culturales) en los proveedores/as a cargo de esta función.



Fuente: Programa SIM – MSP. Setiembre 2004.

Asimismo, se elaboró folletería institucional dirigida a las mujeres usuarias sobre distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva, que apunta a informar sobre estos asuntos, difundir los servicios del Programa SIM y generar demanda calificada en la población usuaria. Finalmente, a partir de 2003, en el marco del Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo ubicado en Secretaría de Presidencia de la República con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, se logró articular una serie de acciones relativas a la capacitación del personal de salud en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, de modo de fortalecer el desarrollo del programa, y dar respuesta institucional a una necesidad de los equipos de salud. En el marco de este Programa, se han desarrollado las siguientes acciones: capacitación a 250 profesionales no médicos de los servicios públicos del MSP de todo el país (enfermeras/os, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, parteras), formación de 250 promotores y promotoras juveniles en salud sexual y reproductiva, impresión y distribución en los Centros de Salud del MSP de 1.000 ejemplares del informe de la investigación, selección y capacitación de 50 agentes socio-educativos para el desarrollo de estrategias comunitarias en salud sexual y reproductiva con énfasis en prevención de embarazo no deseado dirigidas a la población adolescente y juvenil, entre otras. Se proyecta para el año 2004, la capacitación de 250 médicos/as generales, gineco-obstetras y de familia. Las capacitaciones estuvieron a cargo de organizaciones no gubernamentales y de la Universidad de la Republica, instituciones que fueron seleccionadas luego de un llamado público a licitación de propuestas técnicas. Estas acciones son un elemento central para la implementación del Programa SIM en los Centros de Salud del MSP en Montevideo.

Mirando el presente y proyectando el futuro.

El Programa SIM implicó un punto de inflexión en las políticas públicas en salud reproductiva en el país, fundamentalmente por tres razones:

1. significó un avance en la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, al incluir por primera vez en sus servicios públicos, prestaciones que superaban el tradicional paradigma de la salud materno – infantil,
2. implicó el fortalecimiento del primer nivel de atención, no sólo mediante la ampliación de sus prestaciones, sino en especial al desafiar la cultura organizacional y el funcionamiento de los servicios, proponiendo un modelo integral de atención.
3. constituyó el primer paso hacia la incorporación plena de la atención en salud sexual y reproductiva en los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Las políticas en salud sexual y reproductiva en Uruguay se enfrentan al desafío permanente de su construcción. En tal sentido, hay varios asuntos que deberán colocarse en la lupa para un análisis detenido que permita avanzar de manera sostenible y sustentable. A los solos efectos de anotar los más significativos:

- La consolidación de una política nacional en salud sexual y reproductiva que integre a todo el sistema de salud y no solamente al subsector público, sostenida en un criterio de equidad y derechos.
- La integralidad de las políticas en salud sexual y reproductiva. El Programa SIM como un componente de la misma, incorpora la integralidad en su propia definición y fundamentos. Pero, debe avanzar en la precisión de este concepto y su operativización en los servicios. Desde esta perspectiva, uno de los retos planteados en su implementación refiere a las prestaciones en salud sexual, las cuales quedan ubicadas como un subconjunto de la salud reproductiva.
- La definición de normativas en salud sexual y reproductiva que articulen los distintos componentes. En tal sentido, hay algunos avances tanto en la elaboración como en la aprobación de normativas, pero deben profundizarse. Por un lado, se están elaborando las normas sanitarias en anticoncepción. Fueron elaboradas las referidas a Adolescentes. Y fueron aprobadas en este 2004 las normas y guías clínicas para la atención pre y post aborto. Todas ellas, si bien en estadios diferentes, son necesarias

para orientar la practica en los servicios, en un campo en el cual las intervenciones profesionales pueden deslizarse a intervenciones moralizantes. Pero, ello implica la difusión y discusión con los/as proveedores, y el conocimiento de su existencia por parte de la población usuaria.

SECCION III

HACIA LA CONSOLIDACIÓN DE UNA POLÍTICA EN SALUD REPRODUCTIVA. DESAFIOS PARA EL URUGUAY POR-VENIR

Como ya fuera planteado, las políticas en salud reproductiva en Uruguay comienzan a implementarse a partir de la CIPD y con la abogacía sostenida de las organizaciones de mujeres y feministas. Los derechos sexuales y reproductivos son, para el movimiento de mujeres y feminista del Uruguay, un eje central de su agenda. Los componentes principales de su estrategia son la articulación con otros actores sociales diversos, el involucramiento activo de la ciudadanía mediante la promoción del debate social y la construcción de consensos sociales para la definición de políticas publicas. Hoy, en el país, la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos, han adquirido visibilidad y reconocimiento como nunca antes. Un ejemplo reciente es el proceso entorno al proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva. Este proyecto fue aprobado favorablemente en Cámara de Diputados en el 2001, pero fue votado negativamente, por una diferencia de 5 votos, en Cámara de Senadores en mayo de 2004. A pesar de ello, el proceso de debate social y político, el involucramiento activo de la ciudadanía, y la concertación de actores (sociales, políticos, religiosos, académicos) generada a favor del proyecto de ley, han colocado a la salud y los derecho sexuales y reproductivos, como un asunto ineludible de la agenda publica con un fuerte componente de demanda ciudadana. Ese proceso social y político parece irreversible.

El proceso de debate en relación al mencionado proyecto de ley, se inicio pocos meses después del lanzamiento del Programa SIM y del desarrollo de la investigación cuyos resultados fueron presentados en este documento. La confluencia de estos tres elementos, favoreció la formulación de nuevas demandas sociales en salud y derechos sexuales y reproductivos, y permitió avanzar en mecanismos inter-institucionales para profundizar y avanzar en el reconocimiento de estos derechos. En tal sentido, importa subrayar que desde marzo de 2004 funciona la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, la cual fue creada por decreto del MSP, en el marco de la Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual

y Reproductiva. Esta última fue creada por los Ministros de Salud del MERCOSUR y países asociados para el trabajo articulado en la región en el marco de los compromisos asumidos en CIPD a diez años de su realización, reafirmando la vigencia de la Plataforma de Acción. La Comisión Nacional está integrada por instituciones gubernamentales, académicas y organizaciones de mujeres, y es hoy el único mecanismo intersectorial e interinstitucional a los efectos de impulsar y dar seguimiento a una política nacional en la materia.

En agosto de 2004, y apenas a tres meses de que el proyecto de ley mencionado no lograra la aprobación del Senado de la República, el MSP aprueba las Normas Sanitarias y Guías Clínicas para la Atención Pre y Post Aborto, como una respuesta institucional a una problemática de alto impacto en el país: el aborto inseguro. El Proyecto de Ley surgió como una iniciativa para dar respuesta a esta problemática, ofreciendo un abordaje integral a la misma. Ubicaba al Estado como garante de los derechos sexuales y reproductivos, universalizaba los servicios de anticoncepción, postulaba el desarrollo de políticas de educación sexual, promovía la maternidad y paternidad elegida, y legalizaba el aborto por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación. Uno de los desafíos planteados actualmente es la implementación de esta Normativa, la cual es un paso importante para dar respuesta a esta realidad. Pero, el cambio legislativo, en el marco de una propuesta integral como la planteada, sigue vigente en la agenda de diversos actores para ser colocada en el nuevo Parlamento Nacional que asumirá el próximo 1 de marzo de 2005.

La articulación de diversos actores entorno a una agenda común también se expresa en el Proyecto "Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Un estudio desde la perspectiva de género y generaciones", coordinado inter-institucionalmente por Universidad de la República, MSP, IMM y MYSU, y liderado por el UNFPA. Este proyecto se propone generar conocimiento para su uso en el diseño de políticas públicas en tópicos relativos a la población uruguaya, desde una perspectiva de género, generaciones y derechos.

A MODO DE CONCLUSIONES

El caso uruguayo, con sus particularidades pero con componentes comunes en el marco regional, ofrece algunas lecciones interesantes para el desarrollo de políticas en salud y derechos sexuales y reproductivos, en el marco de las transformaciones del sistema de salud.

En Uruguay no existe, como en otros países de la región, un proceso de reforma del sector salud en su totalidad. Sin embargo, existen desafíos impostergables para fortalecer la integralidad del sistema, su sustentabilidad financiera, y su transformación en términos del modelo de atención. A partir de la crisis social y económica que afecta al país y sus profundas consecuencias en el sector salud, hay coincidencias en la necesidad de instrumentar respuestas en el corto, mediano y largo plazo. La revalorización de la atención primaria y el fortalecimiento del primer nivel de atención, el mejoramiento de la coordinación entre los subsectores público y privado, la modernización del sistema de información, el fortalecimiento del nivel ministerial central junto con la descentralización de los hospitales del MSP, la ampliación de la cobertura a la población que hoy no la tiene, y asegurar el acceso a la atención, son algunas de las estrategias planteadas. En este escenario, las políticas en salud sexual y reproductiva, pueden encontrar oportunidades para su consolidación, integración y expansión. En tal sentido, algunos elementos son sustantivos para garantizar una articulación de la salud sexual y reproductiva en un contexto de transformación del sistema de salud:

1. La creciente demanda social de acceso a la atención en los distintos componentes de la salud sexual y reproductiva.
2. El proceso de articulación y los mecanismos de diálogo generados entre actores gubernamentales, no gubernamentales y académicos, y los acuerdos logrados en aspectos centrales de la agenda.
3. La presencia de una sociedad civil organizada, y en especial del movimiento de mujeres y feminista, con capacidad propositiva, de diálogo, seguimiento y monitoreo.
4. El involucramiento del sector médico en la agenda de derechos sexuales y reproductivos.
5. Una creciente presencia en medios de comunicación de esta agenda.
6. El compromiso asumido públicamente por sectores políticos mayoritarios de avanzar en políticas y programas de salud, así como en materia legislativa, para el reconocimiento del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
7. El involucramiento de la población y de la participación ciudadana en la agenda de derechos sexuales y reproductivos, los cuales progresivamente son integrados como parte fundamental de los derechos humanos en interrelación con los otros derechos sociales, económicos, políticos y culturales.

Estos elementos del caso uruguayo, permiten, desde mi perspectiva, señalar que las transformaciones del sector salud y su articulación con la agenda de la salud y los derechos

sexuales y reproductivos, debe ser analizada en el marco amplio y complejo que interrelaciona el escenario global, regional y nacional. Comprender esta compleja articulación, nos invita a reflexionar sobre contexto socio - histórico y político, analizando el proceso de (re)construcción del contrato social, el proceso de transformación del Estado y el ejercicio de su papel como garante de derechos, el rol político de las organizaciones de la sociedad civil, y la construcción cotidiana de la vida democrática y el ejercicio de la ciudadanía.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABRACINSKAS, A., LOPEZ GOMEZ, A, (2004) Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante. MYSU / DAWN. Montevideo.

AVILA, M. B. (2000). "Derechos reproductivos y ciudadanía" En: Agenda de Acciones en Género, Ciudadanía y Desarrollo, Advocacy en Derechos Reproductivos y Sexuales. Workshops Nacionales, SOS CORPO, Genero y Ciudadanía, Brasil

DUFAU G, LOPEZ GOMEZ A, ABRACINSKAS L., ROSTAGNOL, S FILGUEIRA, N. (2003) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional. Cladem Uruguay, MYSU. Montevideo.

DE SOUZA MINAYO, C. y O. CRUZ NETO (1999). "Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud". En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) Cambio Social, Salud y Política. México.

ECHEVESTE, L. y M. MITJAVILA (1992). La medicalización de la reproducción humana. Las desigualdades de clase y de género en los discursos médico – sanitarios sobre la lactancia materna. Serie Investigaciones N° 64. CLAEH, Montevideo.

FERNÁNDEZ, J., C. FILGUEIRA, F. FILGUEIRA y C. MOREIRA (1998). Political environments, sector specific configurations and strategic devices: understanding institutional reform in Uruguay, Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo, CIESU, Montevideo.

FERNANDEZ, A.M. (1993). La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre mujeres y varones. Ediciones Paidós. Buenos Aires.

GÚIDA, C. (2003). El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas – Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). Tomo 6, N° 3. Montevideo

JOHNSON, N., MOREIRA, C. (2003) Democracia, genero y equidad. Aportes para el debate sobre los mecanismos de accion afirmativa. Analisis y propuestas. FESUR. Montevideo.

LANGER, A. (1999). "Planificación Familiar y Salud Reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva." En: Castro, R., Bronfman, M. (comp.) Cambio Social, Salud y Política. México.

LANGER, A. y G. NIGENDA (2000). Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades. Ed. Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, BID. México.

MOREIRA, C. (1999). Salud Reproductiva, políticas de salud y participación de la sociedad civil. Conferencia dictada en actividad organizada por MYSU en el marco del 28 de Mayo "Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer". (xerox) Mujer y Salud en Uruguay. Montevideo.

MOREIRA, C. (2003) Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay. Montevideo (Xerox)

MOSER, C. (1991). "La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género". En Guzmán, Portocarrero, Vargas (comp.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres – Flora Tristán. Perú

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). El sistema de salud en Uruguay.

PNUD – CEPAL (2001). Informe de Desarrollo Humano Uruguay 2001. Montevideo.

SEGURA, J. (1995). "La noción de comunidad y el equipo de salud." En: AREA 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Nº 2/ Una mirada psicosocial sobre el acto médico. Madrid.

SEGURA, J. (1996). "El equipo y la institución: ¿Cuidadores del profesional?". En: AREA 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Nº 3/ El cuidado de los profesionales. Madrid.

SCOTT, J. (1996). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: Marta Lamas (comp.) El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa – PUEG/UNAM. México

VERDES – MONTENEGRO, J.C. (1995). "La concepción de salud y enfermedad en el Centro de Salud. ¿Modelo organicista o modelo integral?. En: AREA 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Nº 2/ Una mirada psicosocial sobre el acto médico. Madrid.

YOUNG, K.(1991). "Reflexiones sobre como enfrentar las necesidades de las mujeres". En Guzmán, Portocarrero, Vargas (comp.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres – Flora Tristán. Lima.