



MUJERES, CLIMATERIO, MENOPAUSIA Y SU ABORDAJE DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD.

SITUACIÓN ACTUAL EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Programa Regional en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

Posgrado en Género, Sociedad y Políticas.

Autora: María Sol East Goenaga

Directora: Dra. Mónica Petracci

País: Argentina

Resumen

Este trabajo se enfocó en un tema, como la salud sexual y posreproductiva de mujeres cis con foco en el climaterio y la menopausia en 19 países de la región de América Latina y el Caribe. El estudio fue exploratorio y descriptivo, a partir de una revisión sistemática cualitativa de las políticas públicas. La perspectiva de género y el enfoque de curso de vida guiaron la búsqueda de información, así como su posterior análisis, considerando que la ausencia de las perspectivas mencionadas, contribuyeron a otra ausencia, la de las políticas y el accionar estatal en general. Los resultados obtenidos indican que solo 7 países han desarrollado alguna política al respecto en un período de más de 30 años. Para estos países, se comprueba una falta de visibilidad, y en algunos casos, de actualización de la política, así como escasa jerarquía dentro de los ministerios de salud. En líneas generales, las mujeres continúan siendo priorizadas dentro de las políticas en salud sexual y salud reproductiva, por su capacidad de gestar y maternar. Una vez esa etapa finaliza, ya no son una prioridad en la agenda pública en salud, lo que conlleva a impactos en su bienestar general y en etapas y procesos tan importantes como los que involucran al climaterio y la menopausia en la vida de las mujeres cis.

Mi motivación

Cuando empecé a cursar la maestría en el año 2020, hacía solo 15 días que la Organización Mundial de la Salud (OMS) había declarado al virus por COVID-19 como una pandemia. Tengo 44 años, y no hay antecedentes en mi biografía ni en el mundo que me rodea de un cierre semejante, y del impacto que todo lo vivido ha tenido y tendrá en nuestras vidas. Pero en ese contexto, cursé seis seminarios y fui delineando lo que en ese momento era una idea vaga y hoy es mi tesis de maestría.

Trabajo en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) desde hace más de 10 años, una gran mayoría de ellos dedicados al Estado y el diseño e implementación de políticas públicas. He trabajado en el Ministerio de Salud de la Nación en Argentina, siendo parte de equipos técnicos que programábamos y monitoreábamos políticas en salud para población adolescente. También he trabajado como implementadora de políticas en Atención Primaria de la Salud (APS) y en un Hospital de alta complejidad. Finalmente tuve una experiencia breve en la sociedad civil, en el 2018, cuando el movimiento feminista impulsó con fervor histórico la media sanción a la Ley N° 27.610 (2021) de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), que finalmente logró su aprobación en el 2021.

En ese contexto, llegué al sistema de Naciones Unidas (NU) en el 2019, y empecé a trabajar en el Fondo de Población (UNFPA, por sus siglas en inglés), la organización de NU que trabaja por la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población. Pensé este es mi lugar, y mientras apoyábamos el desarrollo de la primera política intersectorial para la prevención de los Embarazos No Intencionales en la Adolescencia (Plan ENIA) de Argentina, comencé a transicionar mi climaterio. No pude llamarlo como tal hasta hace muy poco, solo sé que mi cuerpo empezó a cambiar, mis ciclos, mis ánimos y deseos. No hubo una/o/e sola/o/e ginecóloga/o/ue, y visité varias/os en 3 años, que me dijera certeramente lo que me estaba pasando, todo se reducía a “es lo típico para tu edad”. Fue un proceso muy frustrante, sobre todo pensando que parte de mi trabajo es justamente asegurar que estos derechos se cumplan, pero la información a la que accedí en su momento fue escasa. Empecé mi búsqueda en la web y fui dándole forma y poniéndole un nombre a mis circunstancias, busqué una médica especializada en climaterio, pero tampoco llenó mis expectativas.

Al inicio de este año, una amiga que conocía ya mi tema de tesis me compartió una nota sobre un libro publicado recientemente sobre el climaterio y menopausia, escrito por una ginecóloga argentina. La contacté, y realmente fue la primera vez en mucho tiempo que sentí que alguien entendía lo que me estaba sucediendo, y cuáles eran mis necesidades. Pero ha sido un camino lleno de obstáculos, en el sentido de pensar que alguien que es profesional, trabaja hace 10 años en el campo de la SSR y está en NU en la agencia que lleva esos temas, tardó 3 años en dar con la profesional adecuada y entender lo que le estaba pasando, entonces me pregunto qué queda para el resto de las mujeres cis que dependen exclusivamente de las políticas en salud sexual presentes en sus países para acceder a información oportuna y la atención adecuada de calidad y con calidez. Cómo se atraviesa esta etapa tan importante como cualquier otra, casi comparable con la menarca, en los cambios que implicará en la vida de una persona, si el tema no es parte de la agenda política en salud de un país.

Entre estas ideas e interrogantes, la pandemia, el encierro, la cursada de los seminarios, el climaterio, y claro, horas y horas de trabajo virtual, fui visibilizando el problema con mayor claridad. Las mujeres mayores de 40 años no estamos consideradas en las políticas de salud sexual, salvo para la prevención de los cánceres ginecológicos (cervicouterino y de mamas). En ese contexto, me postulé a una posición para trabajar en la oficina regional de UNFPA, con sede en Panamá, y la gané. Cuando finalmente tenía en claro el problema a abordar en mi tesis, la escala había pasado de la Argentina a la región. Lo vi y veo como una oportunidad de aprender sobre la historia reciente de las políticas en SSR de nuestros países, entender procesos que motivaron a países que no imaginaba que hubiesen tenido de manera tan temprana, políticas

que consideraban al climaterio y menopausia desde un enfoque de curso de vida y con perspectiva de género; y hoy apenas perduran en alguna guía desactualizada.

Ampliar la mirada por sobre el cono Sur, ha sido un desafío. El proceso ha sido poco o casi nada uniforme para la búsqueda en portales oficiales de los Ministerios de Salud, pero ha valido la pena y he podido corroborar mi hipótesis de trabajo. América Latina y el Caribe han tenido enormes avances a pesar de las desigualdades y brechas de equidad que perduran, espero poder ser partícipe de una agenda regional en salud sexual, que invite a nuestros países a impulsar políticas con enfoque de curso de vida y perspectiva de género reales y accesibles para todas las mujeres en todas las etapas de sus vidas.

Índice

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2. APORTES DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD POSREPRODUCTIVA | 8 |
| 2.1 ¿Por qué una política pública enfocada en el climaterio y menopausia? | 9 |
| 2.2 El concepto de género, sus generalidades y singularidades, su recorrido y su aporte para el análisis de políticas en salud de las mujeres | 10 |
| 2.3 La importancia del enfoque de curso de vida en las políticas de salud de las mujeres | 14 |
| 3. ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN | 16 |
| 3.1 Hacia una epistemología de la salud de las mujeres cis en el climaterio y menopausia | 19 |
| 4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA | 23 |
| 4.1 Objetivo general | 23 |
| 4.2 Objetivos específicos | 23 |
| 4.3 Referente empírico | 24 |
| 4.4 Anticipación hipotética | 24 |
| 4.5 Diseño metodológico | 24 |
| 5. HALLAZGOS | 28 |
| 5.1 Un poco de contexto | 28 |
| 5.2 Las políticas públicas de la región sobre la salud sexual, reproductiva y posreproductiva de mujeres cis con foco en el climaterio y menopausia | 34 |
| 5.3. Continuidades y discontinuidades | 50 |
| 5.3.1 Continuidades para los 7 países con políticas sobre climaterio y/o menopausia | 50 |
| 5.3.2 Discontinuidades para los 7 países con políticas sobre climaterio y/o menopausia | 52 |
| 5.4 Categorizar el lugar ocupado por las políticas públicas actuales en salud sobre climaterio y/o menopausia a partir del grado de visibilidad de las mismas en la comunicación pública ministerial en <i>portales oficiales</i> . | 57 |
| 5.4.1 Principales resultados | 60 |
| 6. CONCLUSIONES | 66 |
| 7. REFERENCIAS | 69 |
| 8. ANEXOS | 75 |

1. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto se enmarca en la Maestría en Género, Sociedad y Políticas que ofrece la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). El proyecto se enfocó en un tema, como la salud sexual y posreproductiva de mujeres cis con foco en el climaterio y la menopausia, que cuenta con una producción académica y de políticas públicas menor respecto de otros abordajes en salud y derechos sexuales, reproductivos y (no) reproductivos, como por ejemplo la anticoncepción, la salud materna, el aborto, entre otros. Cabe aclarar que, aunque ambos temas (climaterio y menopausia) podrían ser considerados exclusivamente dentro de la salud sexual, se decide incluir a la salud posreproductiva también, para enfatizar la falta de esta perspectiva en las políticas actuales.

El objetivo general es identificar, describir y reflexionar sobre las políticas públicas en salud sobre climaterio y menopausia en el período de abril a septiembre del 2022, en 19 países de la región de América Latina y el Caribe, desde un enfoque de género y curso de vida. A través de este, se realizó una revisión y descripción del marco de las políticas públicas en salud (planes, programas, y normativas) existentes en materia de atención integral de las mujeres cisgénero¹ (cis) que inician el climaterio o menopausia en la región de América Latina y El Caribe.

Como ya se mencionó, se consideraron la perspectiva de género y el enfoque de curso de vida como conceptos trazadores, que pudieran dar cuenta de los avances en el diseño, desarrollo e implementación de políticas específicas en la materia que contuviera estas perspectivas, así como de las brechas existentes al respecto entre 19 países de la región de América Latina y el Caribe de habla hispana, salvo Brasil, definidos como Estados miembros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2019a), a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

¹ Mujeres cuya identidad y expresión de género coinciden con el sexo biológico asignado al nacer, en contraposición a las personas transexuales. El término cis manifiesta concordancia entre estos dos conceptos y visibiliza que la norma no existe en cuanto a las identidades de género y sexos biológicos. Aunque algunos autores/as proponen hablar de personas “no trans” (Scott Dixon, 2009, p.50), la discusión al respecto no es concluyente.

Considerando la escala de dicha revisión, no se ha incluido al Caribe inglés, francés y holandés en la misma. Solo fueron considerados de esa región, República Dominicana y Cuba. En el caso de Brasil, a pesar de la limitación idiomática, dada su dimensión territorial, poblacional y su larga trayectoria en el desarrollo de políticas de avanzada que han sido modelo para otros países, fue incluido en el análisis. Por lo tanto, la clasificación de la CEPAL se ajustó de manera adecuada a la selección.

El estudio fue exploratorio y descriptivo. La estrategia metodológica fue una revisión sistemática cualitativa de las políticas públicas mencionadas. La revisión fue totalmente virtual sobre la base de publicaciones a través de páginas webs, por varios motivos: la escala de la muestra (19 países, 18 de habla española y 1 de habla portuguesa) que varían considerablemente en sus políticas de salud, derechos sexuales y reproductivos y (no) reproductivos; la reducción de costos y de tiempo; y por su carácter novedoso y poco explorado, esta revisión inicial de políticas es un primer acercamiento a la temática, que no pretende agotar sino describir exhaustivamente un panorama que permita profundizar a futuro en aquellos vacíos o brechas de información existentes.

Si bien se cuenta con antecedentes de políticas e investigaciones en distintos tópicos vinculados al climaterio y la menopausia, realizados por diferentes actores y desde diferentes perspectivas, persisten importantes vacíos de conocimiento e información sobre un campo: complejo por las tensiones históricas vinculadas a procesos de reconocimiento por parte de los Estados sobre los derechos de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, a partir de legislaciones concretas que aseguren el acceso a información, atención e insumos; multidimensional, ya que abordar el climaterio y la menopausia desde las políticas públicas en salud implica atender la salud física, mental, emocional, social y generacional; y de alta relevancia, debido no solo al aumento de la esperanza de vida y por ende de la población en las franjas más altas de la pirámide, sino por el impacto que genera no contar con políticas con perspectiva de género y enfoque de curso de vida en la población en general, y en mujeres en particular.

El desarrollo de políticas que abordan esta etapa de la vida de las mujeres cis es escaso en nuestra región, y cuando existen, sus propuestas están muchas veces orientadas a la medicalización innecesaria, en detrimento de los abordajes integrales. En otros casos, los enfoques de curso de vida y perspectiva de género aparecen explícitamente pero no se condicen con las propuestas de servicios y atención en salud que promueven.

El climaterio y la menopausia son etapas igual de importantes en la vida de las mujeres², que la etapa predominantemente reproductiva (cabe aclarar que durante la primera etapa del climaterio previo a la menopausia aún existe la posibilidad de gestar). Sin embargo, el interés en general sigue siendo preponderante en la reproducción: el embarazo, el parto, la maternidad, la anticoncepción, el aborto, la fecundidad, la fertilidad, incluso los cánceres ginecológicos tienen un espacio de desarrollo en las políticas públicas por sobre el climaterio y la menopausia. Dicho en otros términos: las políticas en salud reafirman la importancia de la salud de las mujeres en la etapa en la que existe la capacidad de gestar y maternar. Así lo demuestra también el escaso avance que han tenido las tecnologías reproductivas orientadas a varones cis, el cuerpo de las mujeres sigue siendo un espacio de control y dominio, y un reflejo del poder de las masculinidades hegemónicas a lo largo de la historia. Según Castro y Erviti (2015) hay un interés mayor, en términos sociológicos:

(...) por intervenir en el cuerpo de las mujeres que responde a una génesis histórica muy compleja que combina tantos aspectos de genuina emancipación (a través de la anticoncepción las mujeres pueden controlar sus funciones reproductivas y separarlas del ejercicio libre y placentero de su sexualidad), con —en el otro extremo— tácticas de dominación y vigilancia médica sobre el cuerpo de la mujer. (p.205)

Por lo ya expresado, fue necesario indagar qué lugar le están dando los gobiernos de la región en sus políticas de salud sexual a las mujeres en la etapa adulta, especialmente aquellas mayores de 40 años que comienzan a transitar los cambios asociados a la menor producción de estrógenos con el inicio del climaterio. Se consideró necesario contar con más información sobre los procesos socio históricos que han habilitado el desarrollo de las mismas o no; cuáles han sido los lineamientos o abordajes que se proponen desde los ministerios de salud públicos y nacionales, y qué implicancias pueden tener en el bienestar y salud de las mujeres si hay ausencia de intervenciones claras o si las mismas no cuentan con perspectiva de género y enfoque de curso de vida, en un contexto donde la igualdad de género y la ampliación de derechos están en agenda, pero siempre en tensión con el avance de gobiernos conservadores en muchos países de la región.

² Dada la diversidad de experiencias e intersecciones que componen el colectivo comprendido en la definición de “mujer” en esta tesis me referiré a “las mujeres” en un intento de visibilizar estas diversidades y subjetividades.

2. APORTES DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD POSREPRODUCTIVA

Revisar, describir y reflexionar sobre los avances o no de las políticas públicas en salud que aborden el climaterio y menopausia en el contexto político y social actual de la región de América Latina y el Caribe, desde un enfoque de curso de vida y desde una perspectiva de género, ha presentado desafíos y oportunidades que justifican la importancia de su estudio.

Por un lado, la autonomía corporal y el derecho a decidir se han vigorizado en la región a partir de un movimiento feminista y de juventudes activo. Sin embargo, los avances con relación a la salud sexual en la etapa posreproductiva de las mujeres cis que comienzan a transitar el climaterio y finalmente la menopausia son escasos y disímiles y han sido poco investigados.

Por otro lado, la región de América Latina y El Caribe asiste a un envejecimiento sostenido de su población, a velocidades más rápidas que en otras regiones del mundo. Esto quiere decir que su población mayor de 60 años está en aumento, y su tasa global de fecundidad³ va en descenso, por lo que el recambio generacional empieza a disminuir. En la región, Uruguay y Argentina llevan la delantera habiendo iniciado un proceso de envejecimiento entre la década de los años 30 y 50 respectivamente, de manera paulatina, lo cual es deseable para ir preparando a los sistemas y generaciones futuras en este cambio en la estructura de la población. Sin embargo, muchos países están llevando este proceso a una velocidad mayor y de manera marcada, lo que impactará en la calidad de vida de las personas si los sistemas estatales no cuentan con la infraestructura y capacidad para dar respuesta a las necesidades de una población económicamente inactiva cada vez mayor. De acuerdo con la CEPAL (2021a):

La atención a los efectos de los cambios demográficos conlleva una amplia gama de políticas, entre las que se destacan las dirigidas a los jóvenes para ampliar sus oportunidades de educación y empleo, **las de salud** y las de seguridad social y pensiones, así como la creación de un sistema público para el cuidado y la adecuación de las políticas fiscales con el fin de lograr un buen equilibrio intergeneracional de las transferencias. Estas políticas deben recibir un tratamiento integral que incluya la

³ Número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica.

consideración de las tendencias demográficas e **incorpore las perspectivas de ciclo de vida, género, interculturalidad, derechos y procesos intergeneracionales** de manera apropiada para los contextos nacionales, con un horizonte de largo plazo. (párr. 23)

A su vez, América Latina y el Caribe sigue siendo una de las regiones más desiguales respecto a indicadores sensibles en salud como son la Razón de Mortalidad Materna (RMM); la tasa de fecundidad en adolescentes; la mortalidad neonatal, entre otros. Aunque el desempeño general de la región para estos indicadores ha sido satisfactorio previo a la pandemia por COVID-19, determinantes sociales como la riqueza, nivel educativo, lugar de residencia, y la pertenencia étnica-racial siguen ensanchando las brechas de equidad entre las poblaciones dentro y entre los países.

En este contexto, surgió el interés por analizar las políticas existentes vinculadas a la salud sexual y posreproductiva en mujeres cis, con foco en el climaterio y la menopausia. El interés derivó, por un lado, por los datos presentados anteriormente, por el otro, por el impacto que genera en la vida y salud de las mujeres no acceder a información oportuna en su transición a la etapa adulta y de adulta mayor, debido entre otras razones, al escaso desarrollo de políticas públicas dirigidas hacia ese sector de la población. Este último aspecto, centrado en las acciones e inacciones públicas de los Estados en materia de salud sexual y posreproductiva, es el problema que investigué, a partir de una interrogación sobre la relación entre el orden de género y las políticas públicas de salud en América Latina y el Caribe, especialmente en lo que hace a la salud sexual y posreproductiva en el contexto actual de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de la región, y la comunicación pública de las mismas.

El capítulo está formado por tres secciones referidas a: la importancia de contar con políticas públicas sobre climaterio y menopausia; los aportes desde la teoría de género; y los aportes del enfoque de curso de vida.

2.1 ¿Por qué una política pública enfocada en el climaterio y menopausia?

Para Subirats, Knoepfel, Larrue, C. y Varonne (2008), la política pública comprende “una serie de decisiones o acciones, intencionalmente coherentes, de diferentes actores, públicos y a veces no públicos —cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían—, a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo” (p.36). Según su propuesta, la noción de política pública hace referencia a las interacciones, a las

alianzas y conflictos entre los diferentes actores de carácter público para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concertada en un marco institucional específico.

Sobre la base de esta definición cabe preguntarse si la ausencia de políticas que aborden el climaterio y la menopausia es debido a la no identificación de estas como un problema a solucionar o a la carencia de una perspectiva que contribuya a su identificación. En ese caso, si las políticas en salud contaran con perspectiva de género y enfoque de curso de vida desde el inicio de la vida de una persona hasta su muerte, la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las mujeres debería ser contemplada de manera longitudinal, y por ende el climaterio y menopausia serían abordados.

En términos estrictamente fisiológicos, el climaterio comprende la etapa previa y posterior a la menopausia (cese definitivo de la menstruación). A su vez, esta etapa puede ser vista como el fin de la posibilidad de gestar de las mujeres, pero implica el inicio de una etapa que ocupará casi la tercera parte de sus vidas. En un rango de edad puede estar definido entre los 40 y 60 años, variando según cada persona y los determinantes sociales. En esta etapa las mujeres pueden vivir con menos tensiones, pues ya no tendrán el riesgo o preocupación del embarazo, no requerirán métodos anticonceptivos, cesan las molestias menstruales (en caso de haberlas tenido), ha disminuido la atención a las/os/es hijas/os/es (en el caso de tener), pueden compartir con sus nietas/os/es (en el caso de tener) y mostrarse como adultas mayores, dispuestas a disfrutar de su vida familiar, laboral y social en plenitud.

Sin embargo, la falta de información oportuna y efectiva lleva a muchas mujeres a transicionar esta etapa en completa soledad, sin comprender los efectos de los cambios en su salud integral y cómo prevenir o mejorar situaciones propias de esta etapa que pueden impactar en su salud sexual (deseo, placer, disfrute), su salud mental, y su bienestar general.

Los párrafos anteriores estuvieron dedicados a identificar y justificar el problema investigado en esta tesis. A continuación, se desarrollan los aportes de los enfoques de género y curso de vida en las políticas de salud sexual de las mujeres.

2.2 El concepto de género, sus generalidades y singularidades, su recorrido y su aporte para el análisis de políticas en salud de las mujeres

Conceptualizar al “género” como categoría de análisis social y cultural; como concepto emancipador, como sinónimo de las desigualdades, sigue siendo un desafío. Más se lee sobre la historia del concepto y su constante movimiento, que puede por momentos obstruir las

discusiones sobre las diferencias, brechas y necesidades de subjetividades también en constante resignificación.

El concepto ha sido banalizado, al punto que hoy identificar políticas que explicitan contar con perspectiva de género, debería ser un punto de preocupación. “Si alguien habla de género —académicos, políticos, ciudadanos en distintas luchas—, aparece como mejor y más moderno que quien no lo hace” (Palomar Vereá, 2016, p.43). En la misma línea, la autora destaca que Butler en 1999 había advertido que “el acto mismo de hablar de género con una pretensión liberadora y crítica, en realidad lo que se ponía en acto era una serie de supuestos del saber común vinculados con pretensiones identitarias” (como se cita en Palomar Vereá, 2016, p.4).

Sin embargo, es necesario retomar la historia reciente del concepto como categoría central de la teoría feminista. Y revalorizar, y en el caso de ser necesario, redefinir en las políticas públicas actuales su carácter desnaturalizador de lo socialmente aceptado. Es así que, desde su comienzo, la categoría de género se ha mantenido en un estado de permanente construcción y deconstrucción.

Las teorizaciones de los años 70´ y 80´ establecieron una clara diferencia entre sexo en tanto el dato biológico y género como el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, que las culturas asignan diferenciadamente a las personas en función de su sexo. Gloria Bonder (1998) ya planteaba que los estudios de género habían recorrido un largo camino poniendo sobre tela de juicio lo convencionalmente aceptado como femenino y masculino, estableciendo que:

(...) estos análisis se han ocupado de develar y cuestionar las premisas biologicistas, esencialistas y universalistas con las que se han concebido estas diferencias, así como la lógica binaria y jerárquica en las que se apoyan; de problematizar la exclusión, silenciamiento o tratamiento sesgado de la condición de la mujer en los principales cuerpos de teoría y en la información que "dice" de lo social; de explicar y proponer cambios respecto de los diversos dispositivos sociales que participan en la construcción de una jerarquía entre los géneros en la que las mujeres y lo femenino ocupan el lugar devaluado, discriminado, subordinado u omitido. (p.2)

Siguiendo a esta autora, ella sostiene que los cuestionamientos posteriores a estas concepciones se fundan en las siguientes críticas: a) carácter binario y determinista tanto en clave biológica como cultural; b) la dicotomía varón/mujer, masculino/femenino, no da cuenta

de la complejidad y diversidad humana, excluyendo a grupos y personas como la población trans e intersexual; c) el sustancialismo al construir a la mujer e incluso al género femenino, como una categoría única, y muchas veces ahistórica; d) la concepción "victimista" de la mujer que se desprende de los primeros análisis de la opresión y subordinación en donde no hubo lugar para la transformación y capacidad de agenciamiento; e) por la idea de que exista un sujeto o identidad personal anterior al género.

En esta línea, la perspectiva de género brinda la posibilidad de analizar y comprender los procesos y fenómenos sociales a partir de los cuales se construye arbitrariamente la distinción entre los géneros en nuestras sociedades. Nuria Varela (2005) en su análisis sobre la historia del feminismo, al escribir sobre el concepto de género va un poco más allá, y propone sumar otras categorías de análisis que lo complementan:

(...) sexismo, androcentrismo, género y patriarcado, son cuatro conceptos clave que sirven como herramientas de análisis para examinar las sociedades actuales, detectar los mecanismos de exclusión, conocer sus causas y, tras haber atesorado todo ese conocimiento, proponer soluciones y modificar la realidad. (p.185)

Por su parte, Petracci en su informe sobre “Juventud, Agencia y Género” elaborado para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2021), destaca la importancia de la perspectiva de género en las políticas públicas al explicitar “la necesidad de enfrentar las situaciones de discriminación y desigualdad, para lo cual se requieren medidas concretas” (p.10). La autora sostiene que dichas medidas deben tener un alcance en diferentes ámbitos donde las mujeres interactúan, sectores como la salud o educación y ámbitos como la familia y el hogar.

En esta tesis se entenderá como género a una categoría construida y de-construida socialmente que ayuda a distinguir las relaciones desiguales de poder y la significación otorgada a lo “femenino” y a “las mujeres”, a lo largo de una historia de tensiones, en un campo no menos complejo como lo es el de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos y (no) reproductivos y las políticas públicas. Se considerará para el análisis de las políticas en salud, a las mujeres cisgénero, cuya identidad de género coincide con el sexo asignado, entendiendo que los varones trans que en muchos casos pueden transicionar el climaterio y la menopausia, merecen un abordaje diferencial también en las políticas públicas debido a sus necesidades específicas y a que muchos optan por la hormonización a lo largo de sus vidas, razón por la cual esta transición puede estar condicionada por estos factores.

Por último, la importancia de contar con políticas públicas que incorporen la perspectiva de género sigue siendo un desafío en la región. Dan cuenta de ello, la poca jerarquía que muchos de los Mecanismos de Adelanto de las Mujeres (MAM) existentes tienen hacia el interior de los gobiernos y el Estado. Según el informe regional Beijing +25 (CEPAL, 2019b): “para garantizar la transversalización del enfoque de género en todas las políticas públicas, es importante que exista la voluntad política de asignar el más alto nivel jerárquico a los organismos de coordinación de políticas de igualdad de género” (p.33).

Así como la falta de jerarquización de los MAM, hay otros desafíos en la región para abordar las desigualdades de género, entre ellos la edad. En el informe elaborado por la CEPAL (2020) para la XIV Conferencia Regional de la Mujer, se destaca que “la edad se considera un determinante de la distribución del bienestar y el poder en la estructura social, y es una de las bases de la organización social en torno a la que se asignan responsabilidades y roles” (p.38). Esto se traduce en mayores niveles de violencia sexual en niñas y adolescentes, matrimonios infantiles, tasas de fecundidad adolescente altas. En la etapa adulta, las mujeres sostienen la mayor parte del trabajo doméstico no remunerado, lo que en muchos casos termina representando la falta de acceso al sistema previsional o jubilaciones muy por debajo de lo que perciben sus pares masculinos. En este contexto, se hace necesario:

(...) abordar las políticas sociales tanto relativas a la vejez como a la infancia, juventud y adultez (que) requieren considerar la situación de desventaja que enfrentan las niñas, adolescentes, adultas y mujeres mayores producto de su posición en el orden de género, lo que indudablemente se traduce en menores niveles de bienestar y desarrollo que agudizan las desigualdades específicas del propio ciclo vital. (CEPAL, 2020, p.40)

Puntualmente considerar e incorporar efectivamente la perspectiva de género en las políticas de salud, implica la búsqueda de la equidad. Para ello, es necesario poner en evidencia las asimetrías existentes entre varones y mujeres y cómo éstas determinan y condicionan el proceso de salud-enfermedad-atención respectivamente. Considerando el análisis de Débora Tajer (2007) sobre la salud de las mujeres y varones, la autora distingue que los problemas que condicionan la salud de los géneros son de diferente orden, siendo en el caso de las mujeres cuestiones vinculadas al “empoderamiento y carencia de recursos”, mientras que para los varones “son los costos de poder sostener o no la hegemonía, o sea, son cuestiones ligadas al exceso y a la exposición a riesgos” (p.15).

Como ya se expresó, la edad figura como una variable de la desigualdad de género a tener en cuenta al momento del diseño de políticas públicas. Las necesidades y problemáticas que enfrentan niñas, adolescentes, mujeres, y mujeres adultas mayores; están condicionadas por múltiples intersecciones, siendo el género una de las más importantes. Sin embargo, la perspectiva de género por sí sola, no alcanza para un análisis acabado sobre los efectos de las políticas en salud que se vinculan a la salud sexual y posreproductiva de las mujeres, si en las mismas no se contempla el enfoque de curso de vida.

2.3 La importancia del enfoque de curso de vida en las políticas de salud de las mujeres

La perspectiva de género nos permite desnaturalizar lo históricamente aceptado, un orden donde las mujeres en cuestiones de salud son valoradas por su capacidad de gestar, criar, cuidar. Una vez la perspectiva de género irrumpe en las políticas públicas sobre salud, y en particular en salud sexual y salud reproductiva, las políticas sobre natalidad se cuestionan y los derechos sexuales y reproductivos (DSDR) asumen su estatus de derechos humanos. De ahí la importancia de El Cairo y luego Beijing. El derecho a decidir cuántos hijos tener, cuándo y con quién fue creciendo junto al acceso a la libre elección informada de los métodos anticonceptivos. El aborto figura en la cúspide de esos derechos reproductivos a alcanzar aún en muchos países.

Sin embargo, la falta de un enfoque de curso de vida, integral, sostenible en el tiempo, transversal a todas las políticas en salud y longitudinal en la vida de las personas, donde las mujeres tengan posibilidad de elegir de manera informada como vivir su sexualidad sin tabúes durante su etapa reproductiva y posreproductiva sigue siendo una deuda. Los derechos sexuales serán derechos para toda la población, cuando las personas adultas, en particular las mujeres, puedan acceder en etapas tempranas de sus vidas a servicios de calidad que les permitan prevenir enfermedades y problemáticas asociadas al climaterio y menopausia, hasta ahora desconocidas, poco abordadas, soslayadas, y menospreciadas.

Es por ello, que la incorporación de la intersección de la edad como una variable que también afecta de manera desigual a las mujeres en sus diferentes etapas, se hace necesario para el análisis acabado de una política pública de salud de las mujeres, que cuente con un enfoque de curso de vida, el cual “permite una perspectiva profunda sobre las trayectorias de vida, teniendo en cuenta los cambios de las personas y las poblaciones en relación con sus entornos cambiantes, y evaluando sus implicaciones para el desarrollo” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021, p.2). A su vez, cabe aclarar que la referencia a curso de vida incluye la

definición de ciclo de vida, de carácter individual y vinculada específicamente al desarrollo de un individuo u organismo a lo largo de su vida. El concepto de “curso de vida” está en constante cambio:

El siglo XXI se ha caracterizado por escenarios complejos que generaron necesidades y oportunidades nuevas en la salud pública. Junto con un aumento rápido de la esperanza de vida y las transiciones demográficas, sociales y epidemiológicas, se reconoció aún más el valor de la salud pública, y los esfuerzos de la salud pública pasaron de centrarse en la enfermedad a incluir los determinantes sociales de la salud. Esta evolución de la salud pública requirió una renovación de los programas y las políticas de salud con una visión integrada del curso de vida. (OPS, 2021, p.6)

Siguiendo la línea de la publicación de la OPS, en este esfuerzo por profundizar el concepto de “curso de vida” se definen también las “transiciones” individuales y poblacionales que pueden tener origen en causas biológicas, económicas, sociales, etc. Se nombra a la menopausia como una transición en la vida de las mujeres, al igual que la menarca, ir a la escuela, o el ingreso laboral. A su vez, se aclara que el momento en el que ocurren no siempre es predecible. Para seguir complejizando el concepto, además de las transiciones se suma la definición de período crítico “entendido como una ventana de tiempo limitada en la que una exposición puede tener efectos adversos o protectores en el desarrollo y los resultados posteriores en cuanto a la enfermedad” (OPS, 2021, p.29). Se da el ejemplo de las mujeres que fuman durante la transición a la menopausia y cómo el efecto del tabaco ha demostrado influir en un adelanto del inicio de esta. Es así que:

La perspectiva del curso de vida busca comprender cómo se forman las trayectorias de la salud al comprender la dicotomía entre la agencia y los determinantes sociales. Esta perspectiva dinámica contribuye a los avances en las políticas y programas públicos que generan salud y capacidad para las personas y sus comunidades. (OPS, 2021, p.35)

Desde este enfoque, se vuelven tangibles los desafíos en salud que enfrentan las mujeres, que son únicos antes, durante y después de sus años reproductivos. A su vez, y retomando el concepto de agencia⁴ las personas construyen su propio ciclo de vida a través de

⁴ La capacidad de intervenir en el marco de determinadas condiciones y vías institucionales socialmente construidas (Sepúlveda Valenzuela, L., 2010, p.33).

la toma de decisiones y las opciones disponibles en el marco de oportunidades y restricciones impuestas por el contexto en que les toca vivir. Considerando a Leandro Sepúlveda Valenzuela (2010):

(...) con este principio se recalca que, las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales como marco determinante de la acción, desde la perspectiva del curso de vida, los individuos son sujetos activos en la construcción de sus propias biografías en el contexto de estas restricciones estructurales. (p.33)

Es de suma importancia que las políticas en salud orientadas a mujeres promuevan la capacidad de agencia y toma de decisiones como un principio fundamental del enfoque de curso de vida que eventualmente mejorará la calidad de vida e impactará positivamente no sólo en las personas sino también en comunidades y poblaciones mayores.

3. ANTECEDENTES O ESTADO DE LA CUESTIÓN

Cuando en 1994 se llevó adelante la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD); la agenda sobre derechos y, SSR a nivel global pasó a centrarse en las personas. Es decir, la demografía y el desarrollo dialogaron, acordando que las necesidades de las personas están por encima de las políticas de control de natalidad que habían primado hasta entonces. Entre los aspectos destacables de este programa de acción, se debe mencionar el capítulo que menciona a las mujeres y a las personas de edad, en particular. La salud sexual de las mujeres adultas o bien los conceptos de climaterio y menopausia nos son nombrados en el documento, ya que el texto habla de salud y derechos reproductivos y de sexualidad humana referida como relaciones sexuales y afectivas sin profundizar en un concepto integral. Sin embargo, es importante considerar que, a pesar del uso de un lenguaje, hoy fuera de época, proclama y sienta las bases para los primeros programas de salud sexual y salud reproductiva que promueven la libre elección informada, así como la “igualdad y equidad entre los sexos”. En su capítulo sobre “crecimiento y estructura de la población” distingue a las personas de edad y sostiene que:

En la mayoría de las sociedades, la mujer, que vive más años que el hombre, es mayoría entre la población de edad; en muchos países, las ancianas pobres son especialmente

vulnerables. El aumento sostenido de los grupos de edad en las poblaciones nacionales, tanto en valores absolutos como en relación con la población en edad de trabajar, tiene importantes repercusiones en muchos países, en particular sobre la viabilidad futura de las modalidades oficiales y no oficiales de asistencia a las personas de edad. Las consecuencias económicas y sociales de este “envejecimiento de la población” representan a la vez una oportunidad y un problema para todas las sociedades. (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2014, p.57)

En 1999 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), a través de su recomendación 24, insta a los Estados Parte a:

(...) informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como los siguientes: a) Factores biológicos que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y **la menopausia**. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1999, p.3)

El capítulo regional para América Latina y el Caribe de la IV CIPD, llegó en el 2013 a partir del llamado Consenso de Montevideo, considerado hoy, una hoja de ruta para la región en materia de población y desarrollo; con un lenguaje y marcos teóricos actualizados, y la visibilización de las necesidades de las poblaciones según orientación sexual, identidad de género, edad u origen étnico racial, marcan un avance en el capítulo de derechos en la región. Las poblaciones LGBTQI+; afrodescendientes, indígenas tienen medidas prioritarias propias, como también lo tiene el envejecimiento poblacional, promoviendo:

(...) formular y ejecutar políticas, planes, y programas públicos —a todos los niveles político-administrativos— para que consideren la evolución de la estructura por edades, en particular el envejecimiento de la población, y las oportunidades y desafíos asociados a esta evolución en el mediano y largo plazo. (CEPAL, 2013, p.18)

El Consenso avanza la agenda de derechos y salud sexual y salud reproductiva en la región, sin embargo, no menciona en su texto explícitamente la salud de las mujeres adultas, en su etapa posreproductiva, ni al climaterio ni a la menopausia. Aún así es un documento de

referencia para gobiernos, sociedad civil y organismos de Naciones Unidas, cuando se diseñan y ejecutan políticas que promueven un desarrollo sostenible de la población.

En cuanto a la producción académica desde las ciencias sociales sobre el climaterio y menopausia y su vinculación con la salud de las mujeres y la perspectiva de género, y otras representaciones en nuestra región, merece especial atención que la producción en general sobre la temática es escasa en comparación con otras temáticas como la fecundidad, salud materna o aborto. Hubo una mayor producción entre los años 2005 y 2017, marcando a partir del 2018 un decrecimiento en las publicaciones sobre el tema en la región; aunque a pesar de esta caída se observa un avance en artículos que evidencian al climaterio y menopausia como situaciones propias del curso de vida de las mujeres y que la entrega de información oportuna puede alcanzar en muchos casos para mejorar la calidad de vida y evitar la medicalización innecesaria, despatologizando esta etapa de la vida.

Según la información relevada de la encuesta “Menopausia y datos. Informe sobre climaterio 2020/2021” de la organización No pausa (2021)⁵, realizada a través de Instagram a población de Argentina, Colombia, Uruguay, Chile y Brasil. En Latinoamérica, el 77,3 % de la población encuestada desconoce que la menopausia es solo un día de la vida de las personas menstruantes, y casi un 40 % ignora lo que significa climaterio. Un 51 % de la/os/es encuestadas/os/es no recuerda cuándo escuchó hablar de menopausia o climaterio por primera vez, el 40,9 % no relaciona los síntomas con cambios hormonales, casi un 72 % no usa anticonceptivos, cuando en la perimenopausia aún existe un 10 % de probabilidades de embarazo, un 87 % no hidrata su vulva, lo que posibilitará un mayor disfrute de la sexualidad, y el 80 % no sabe que las migrañas son un síntoma posible.

El repositorio abierto de Redalyc, la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal de acceso abierto ofrece un panorama actualizado sobre la producción académica del tema en países de la región en los últimos 12 años (abarcando el período de baja y alta producción). También han sido consideradas publicaciones del Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos, un proyecto regional del Programa de Estudios e Investigaciones en Género, Sexualidad y Salud del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ), Brasil.

⁵ La encuesta fue realizada por Instagram stories entre el 2020 y el 2021, alcanzado a 1800 personas, de las cuales el 98% se identificó como mujer, el 79% era de Argentina y el promedio de rango etario que más respondió fue el de 45-54 años representado el 58% de las respuestas a la encuesta.

3.1 Hacia una epistemología de la salud de las mujeres cis en el climaterio y menopausia

Entre aquellas publicaciones de las ciencias sociales que abordan críticamente la medicalización del climaterio y etapa perimenopáusica, encontramos la publicación de Manzali de Sá (2012), que plantea cómo la industria farmacéutica siempre encuentra la forma de mantener la medicalización de los cuerpos, en este caso de mujeres o personas con capacidad de gestar en etapa posreproductiva. Es así como el artículo describe la instalación de la idea de una alternativa “natural” a la terapia de reemplazo hormonal de estrógenos (TRH) predominante desde la década de 1960, para el tratamiento en la caída de los estrógenos propia de la etapa perimenopáusica; haciendo un recorrido desde la evidencia acumulada en referencia a los efectos colaterales de la TRH a partir de la década del 70. El aumento del riesgo de contraer cáncer de endometrio vinculado a tratamientos de reposición estrogénica indicados a mujeres en su etapa de climaterio fue evidente y contundente. Para encontrar una salida, se pasa a una nueva composición de estrógenos y progesterona.

Más tarde, ya a fines del siglo XX esta alternativa también sería puesta en duda por la Women's Health Initiative, demostrando que la combinación hormonal exponía a las mujeres a mayores riesgos de enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares (ACV), trombosis y cáncer de mama. En ese contexto, a inicios del siglo XXI, las mujeres y algunas/os/es profesionales comienzan a demandar alternativas para el tratamiento del climaterio. Rápidamente los laboratorios se apropian del pedido y con apoyo de la comunidad científica de profesionales del área de ginecología, instalan la necesidad de transformar las plantas con propiedades medicinales, en una opción que cumpla con los estándares de calidad y efectividad que los laboratorios imponen. De esta manera, surgen las fitohormonas:

Uma vez que o produto foi desenvolvido, outros dois importantes atores foram acionados para serem incorporados à rede: o médico ginecologista e paciente. Os médicos especializadas em ginecologia tiveram papel de destaque no acesso e monopólio do saber sobre o corpo feminino. Por outro lado, historicamente as mulheres já estavam socializadas nessa rede, a partir do processo de produção de medicamentos advindos da pesquisa hormonal, e na construção da necessidade de medicalização durante o período do climatério feminino. (Manzali de Sá, 2012, p.1511)

Por lo tanto, debemos seguir de cerca los avances en la materia y de manera crítica, ya que los discursos predominantes sobre alternativas “naturales” ofertadas a las mujeres, no dejan

de ser productos de laboratorios con contenidos químicos escondidos en el concepto de “planta medicinal”.

En la misma línea, Almendros (2017), advierte sobre el sesgo de género en la producción académica, revelando “cómo la mentira, la invisibilización, la ocultación y la invención trascienden en la configuración de prácticas y discursos científicos sobre las mujeres” (p. 224). La autora se cuestiona sobre la cartografía de modos de producción y de (des) conocimiento vinculado a temas como la anticoncepción masculina y sus consecuencias sociopolíticas; u ocultamientos intencionados que toman lo masculino como criterio. En esta “producción de ignorancia” hay diversos actores implicados, desde profesionales médicos a farmacéuticas. “Identificar la salud de las mujeres con la salud reproductiva deriva en interesantes consideraciones sobre su exclusión en los ensayos clínicos, así como en la denuncia de prácticas de dudosa eficacia como la prescripción generalizada de antidepresivos y hormonas sintéticas” (p.225).

Los cuerpos y las corporalidades femeninas pueden ser analizadas como espacios de desigualdades sociales también. Así lo manifiesta Álvarez Ossa (2021), quien va hilvanando argumentos de diferentes cientistas sociales y feministas que sostienen que, sobre los cuerpos de hombres y mujeres, se dan discursos de saber/poder, y:

(...) subyacen preguntas por el cuerpo y las corporalidades de las mujeres y de otras personas que se presentan como subalternas en una dimensión interseccional: ¿a quiénes pertenecen los cuerpos de las mujeres?, ¿al servicio de qué intereses se socializan y ponen estos cuerpos?, ¿son autónomos en su capacidad de agencia?, ¿qué margen de agencia tienen para crear y recrear sus propias realidades? ¿hay posibilidad de escapar a los corsés normativos marcados por la religión, la familia, la educación, la clase social, la posición de bienes materiales e inmateriales, entre otros? (p.258)

Interesantes cuestionamientos, que, al sumar el análisis desde una perspectiva interseccional, se permiten considerar a la edad como una variable más de los discursos de desigualdad sobre los cuerpos:

(...) el erotismo de personas mayores, en una realidad marcada por el desprecio a la vejez y el deseo de la eterna juventud; identifica, a su vez, las vivencias de hombres y mujeres mayores, a quienes se les expropia de su sexualidad. (Álvarez Ossa, 2021, p.258).

Castillo Vargas y Chinchilla Badilla (2013) analizan la salud y DSDR de las mujeres no menstruantes desde una perspectiva “generacional-contextual” comprendida como “un acercamiento sensible al periodo evolutivo y a los entornos socioculturales específicos que, a partir de una relación de influencia mutua, direccionan el desarrollo humano, su vivencia, significados y construcción social, tanto en escenarios individuales, comunales, familiares y estructurales” (p.50). Remarcan la tendencia de los Estados y la academia a olvidar a la franja etaria de mujeres de 50 a 59 años, y al momento de ofertar servicios de salud, una inclinación marcada a la medicalización por sobre la búsqueda de la causa de los problemas. También hacen alusión a una mayor dedicación al derecho a la salud en la etapa reproductiva, lo que deslucce y oculta la etapa posreproductiva de igual importancia para la salud de las mujeres. Sin embargo, plantean como punto de debate el concepto de derechos reproductivos, proponiendo que sea dentro de este marco donde los derechos de las personas no menstruantes sean considerados. Para las/os/es autoras/es, la definición de derechos reproductivos no está asociada al derecho individual de no tener hijos, pero sí al derecho individual y social de tener acceso a cualquier evento de la vida reproductiva.

Por su parte, Buzzo Feltrin y Velho (2016), identifican un cambio en la conceptualización de la menopausia, pasando de un proceso natural propio del avance de la edad de las mujeres a un estadio ligado a una enfermedad que debe ser tratada e intervenida. Adjudican que, parte de este cambio en las percepciones de un mismo proceso, está dado por los intereses de ginecólogas/as/ues y psiquiatras en controlar el cuerpo femenino, sumado a una industria farmacéutica en crecimiento en el tratamiento de la salud sexual. Para tener un mejor entendimiento del contexto en el cual se da este avance de la medicalización, analizan las representaciones sobre el cuerpo femenino desde la literatura, luego en el discurso de prestadores de salud de un centro de salud que ofrece atención a mujeres que estén transitando la menopausia y, por último, las representaciones de las mujeres que acuden al centro. Concluyendo que proveedoras/es de salud refuerzan en sus discursos y materiales de comunicación un modelo binarista y normalista de los cuerpos y consideran a la menopausia como un cambio meramente fisiológico, sin abordar otras dimensiones de la salud sexual; por su parte las mujeres manifiestan que las necesidades de atención en información van más allá de lo biológico, poniendo de relieve la vivencia de la sexualidad en esta nueva etapa y la búsqueda de orientaciones o la imposibilidad de encontrarlas en un consultorio médico.

Lenza Crema, De Tilio y De Assis Campos (2017) realizan una revisión bibliográfica sobre los efectos de la menopausia para la sexualidad en mujeres mayores. Entre los hallazgos más importantes sobre la revisión, se puede destacar que a pesar de que la mayoría de los

artículos inician sus abordajes desde los efectos de la menopausia en términos biológicos, hay un porcentaje muy alto que recomienda no analizar este proceso de manera aislada sino considerar también las dimensiones psicológicas, sociales, de historia de vida y de cómo la sexualidad ha sido vivida a lo largo de la vida y no de manera fragmentada. Consideran que es necesario ampliar investigaciones en el tema que puedan orientar a prestadores de salud y a la formulación de políticas públicas.

Por último, en términos similares a lo hallado por los autores anteriores, Aldana Calva y Cervantes Álvarez (2021) a partir de la realización de un estudio transversal exploratorio con 139 mujeres de entre 40 y 60 años, usuarias de un instituto de perinatología nacional de Colombia; encuentran que una gran mayoría (124) manifiestan disfunciones sexuales como el deseo sexual inhibido y la disritmia (58%), la disfunción orgásmica femenina un 53.2%, el trastorno de la excitación un 49.9%, la dispareunia un 48.3%, y en porcentajes considerablemente más bajos, vaginismo y aversión al sexo en un 26.6% y 16.9% respectivamente. Mientras que en los trastornos el deseo sexual hipoactivo se presentó en un 30.6%, el trastorno de la excitación y dispareunia en un 20.9%, y la disfunción orgásmica y vaginismo en un 10.4%. Las encuestas aplicadas avanzan en dimensiones que van más allá de las relaciones sexuales y los cambios en el comportamiento, indagando también sobre la composición familiar, conyugal, educación, sexualidad.

Justamente es a partir de los resultados arrojados en relación con aspectos de la sexualidad, que las autoras observan que muchas de estas mujeres crecieron en ausencia de información sobre la menstruación, relaciones sexuales y la masturbación. Una tercera parte de la muestra manifestó haber sufrido maltrato infantil. En el análisis estadístico de las disfunciones sexuales algunas variables que se consideraron importantes fueron:

(...) una asociación inversa entre la información sobre las relaciones sexuales y la posibilidad de presentar disfunciones sexuales, ya que contar con información al respecto funciona como protector para no presentar disfunciones sexuales ya que todos los seres humanos son capaces de disfrutar de su sexualidad, no obstante, casi nunca se les enseña sobre los placeres sexuales y todo aquello que pueda recibirse del propio cuerpo y que no se refiere a los genitales; particularmente, en la cultura latina, la sexualidad está “genitalizada” (es decir, que gira alrededor de los genitales), fuera del contexto afectivo y mucho menos del placer en la mujer, lo que puede llegar a ocasionar que la relación sexual carezca de sentido y provoque frustración, enojo, entre otras, así como presencia de disfunciones sexuales. Sin duda alguna, otros de los posibles factores

asociados con este problema son de índole social y cultural. (Aldana Calva y Cervantes Álvarez, 2021, p.580)

En conclusión, se torna imperativo a partir de las evidencias presentadas profundizar en la generación de más información en relación con las mujeres y sus vivencias sobre su sexualidad en un sentido integral a lo largo de su vida. También es necesario revisar las políticas existentes en la materia, a la luz de esta información para la mejora y/o profundización en sus alcances (de existir una política), o bien para el desarrollo de estas a partir de la mejor evidencia disponible, y que no se limite al campo de la medicina.

4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

4.1 Objetivo general

Identificar, describir y reflexionar sobre las políticas públicas en salud sobre climaterio y/o menopausia en el contexto actual, en 19 países de la región de América Latina y el Caribe (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela), desde un enfoque de género y curso de vida. El contexto actual hace referencia a las políticas identificadas en la búsqueda realizada entre abril y septiembre de 2022.

4.2 Objetivos específicos

Describir las políticas públicas actuales en salud sobre climaterio y/o menopausia en cada uno de los 19 países de América Latina respecto de la existencia (o no) de políticas, en base a la presencia o no de perspectiva de género y enfoque de curso de vida y la conceptualización sobre los mismos, así como la conceptualización de salud sexual y salud posreproductiva con foco en climaterio y menopausia.

Analizar continuidades y discontinuidades regionales en las políticas públicas nacionales actuales en salud sobre climaterio y/o menopausia.

Categorizar el lugar ocupado por las políticas públicas actuales en salud sobre climaterio y/o menopausia a partir del grado de visibilidad de estas en la comunicación pública ministerial en *portales oficiales*.

4.3 Referente empírico

El referente de la investigación fue de carácter virtual, es decir los sitios *web* de los ministerios de Salud de los 19 países que alojan el contenido de las políticas públicas sobre salud sexual y posreproductiva de las mujeres cis, especialmente climaterio y menopausia. Las características que adoptó la navegación en cada sitio, así como la claridad y disponibilidad de la información fueron parte del trabajo de campo virtual. Otro referente fueron los materiales obtenidos/descargados/visionados con el contenido de las políticas públicas (planes y programas, normativas y legislaciones) vigentes a nivel nacional.

4.4 Anticipación hipotética

Los países de la región han mejorado, paulatinamente, los siguientes indicadores: el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva para la población con un foco fuerte en adolescentes y mujeres en edad reproductiva; la razón de mortalidad materna y la fecundidad adolescente (previo a la pandemia por COVID-19). No obstante, se conocen pocos hallazgos de investigaciones y políticas públicas con perspectiva de género y curso de vida, sobre la salud sexual de mujeres cis que inician el climaterio y menopausia o su etapa posreproductiva.

A modo de anticipación hipotética consideré que la ausencia de las perspectivas mencionadas, especialmente en los países que atraviesan gobiernos conservadores, contribuyeron a otra ausencia, la de las políticas y el accionar estatal en general.

4.5 Diseño metodológico

El estudio fue exploratorio y descriptivo. La estrategia metodológica ha sido una revisión sistemática cualitativa u overview (Beltrán y Oscar, 2005) a partir de la cual se recopilaron, sistematizaron y analizaron la ausencia o presencia de las políticas públicas mencionadas en los 19 países de la región. Este tipo de revisiones, a veces con diferentes definiciones como revisiones narrativas, permiten una mayor profundidad analítica respecto de los estudios cuantitativos denominados metaanálisis (Fortich Mesa, 2013). En la misma línea, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) resalta la importancia de la técnica de document review como un procedimiento sistemático de revisión o evaluación de documentos, impresos o

electrónicos, provenientes de diversas fuentes vinculadas con el programa, tema o problema en estudio.

El enfoque metodológico abrega en las tradiciones interaccionista y discursiva, en tanto concibe a los documentos como emergentes y a la vez constituyentes de un campo de interacción en el proceso de construcción de políticas, considerando posibles efectos de las producciones discursivas que implican y atendiendo a la dimensión retórica constitutiva de las políticas (Berriel, Pica y Zunino, 2017).

En primer lugar, se realizó una búsqueda y recopilación de políticas públicas en portales oficiales de los ministerios de salud de cada uno de los 19 países mencionados. De modo complementario y como testigo control o amplificación de información, se realizó una búsqueda en los sitios *web* que la OPS y el UNFPA tienen para cada país analizado. En algunos casos se complementó con información disponible del sitio “Mira que te Miro” (<https://miraquetemiro.org/>) (portal de monitoreo social de los compromisos en salud, y derechos sexuales y reproductivos del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo) para observar el estado de situación de la legislación de los países en términos de SSR, y derechos humanos, desde la perspectiva de la sociedad civil organizada a nivel regional. Los criterios para la inclusión en la muestra de políticas públicas fueron la referencia al climaterio y/o menopausia, y/o salud posreproductiva de mujeres cis.

En segundo lugar, se sistematizaron las políticas y se relevaron los portales oficiales de los ministerios de salud y de OPS y UNFPA, sobre la base de criterios que respondieron a los objetivos específicos planteados. Por un lado, se definieron categorías vinculadas al análisis del lugar que ocupan las políticas en los portales oficiales de los ministerios y el grado de visibilidad de estas en la comunicación pública ministerial, así como de los portales de OPS y UNFPA en el caso de contar con documentos de soporte para este tema, en el país analizado. Las categorías definidas fueron tres:

1. **Intuitividad del portal web** desde la perspectiva del usuario/a/o/e. Referida como la posibilidad de navegar por un portal web y acceder a la información o solicitud que se está realizando sin tener que pensar demasiado ni perder mucho tiempo en la búsqueda. Un portal web es intuitivo cuando es auto explicativo y posee en la página central (homePage) elementos que se destacan claramente y ayudan en la navegación. Para esta categorización, se utilizó la numeración del 1 al 10 para consignar si la página es nada intuitiva (1) a muy intuitiva (10);
2. **Tiempo dedicado a la búsqueda**, entendido como el tiempo utilizado desde el inicio de la búsqueda en el portal web de la institución hasta obtener la información que se

busca. Como el tema indagado esta poco desarrollado, se consideró también el tiempo utilizado para aquellos portales de países que no cuentan con políticas y/o información al respecto, pero que hasta dar por sentado que eso era correcto se navegó en todas las opciones disponibles vinculadas con el tema hasta el momento de dar por finalizada la búsqueda;

3. **Destinatarias/os/es de la información presente en el portal web ministerial, portal de OPS y portal de UNFPA**, se refiere a las/os/es destinatarias/os/es de la información disponibles en los portales web, pudiendo ser por el tipo de portales consultados: equipos de salud; decisoras/es de políticas públicas, y/o población en general.

Por otro lado, se indagó sobre la presencia o ausencia de políticas de salud sexual, reproductiva y posreproductiva sobre climaterio y/o menopausia, y el análisis de éstas en base a las tres fuentes consultadas (ministerios de salud, OPS y UNFPA). Esta sistematización y análisis fue realizado a partir de la definición de 9 categorías:

1. **Si cuenta con política específica** (exclusiva para ministerios de salud). Referida a la presencia en el portal web del organismo del país consultado, de publicaciones (investigaciones, guías, protocolos, buenas prácticas, etc.) que aborden la salud sexual y posreproductiva de mujeres cis con foco en climaterio y/o menopausia. Se utilizaron las opciones “Sí” o “No” por respuestas que afirmen o nieguen presencia de publicaciones sobre el tema;
2. **Si cuenta con publicaciones sobre el tema** (solo para OPS y UNFPA). Referida a la presencia en el portal web del organismo del país consultado, de publicaciones (investigaciones, guías, protocolos, buenas prácticas, etc.) que aborden la salud sexual y posreproductiva de mujeres cis con foco en climaterio y/o menopausia. Se utilizaron las opciones “Sí” o “No” para evidenciar presencia o ausencia de publicaciones sobre el tema;
3. **Si la política y/o publicación cuentan con un año de lanzamiento o período específico de duración**. Referida al año en que la política o publicación surge, o bien en el período que abarca, entendiendo que muchas veces las políticas y sobre todo los planes tienen un margen de implementación a la espera de reportar resultados concretos. Se especificó año o período según correspondía, en el caso de haber respondido "Si" a los criterios 2 y 3. En el caso que la respuesta haya sido "No" se consignó "No corresponde";
4. **Si cuenta con perspectiva de género**. Referida a la presencia tanto en las políticas como en las publicaciones halladas, de una perspectiva de género que promueva un

abordaje y/o análisis considerando los procesos y fenómenos sociales a partir de los cuales se construye arbitrariamente la distinción entre los géneros en nuestras sociedades, siendo el Estado el que reafirma muchas veces a través de sus políticas, un orden hegemónico de género. Según Scott (1996): “El género es un primer campo, a través del cual, en el seno del cual, o por medio del cual, el poder es articulado” (p.47). Se utilizarán las opciones “Sí” o “No” para evidenciar presencia o ausencia de la perspectiva. En el caso de haber respondido “No” en las categorías anteriores (si se cuenta con política y/o publicaciones), se consignó la respuesta “No corresponde”;

5. **En el caso de contar con perspectiva de género. Brindar definición textual.** Referida a la transcripción textual de la definición presente en la política o publicación. En el caso de haber respondido “No” en las categorías sobre presencia o ausencia de políticas y/o publicaciones, se consignó la respuesta “No corresponde”;
6. **Si tiene enfoque de curso de vida.** Referida a la presencia tanto en la política como en la publicación de dicho enfoque, que permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud, y cómo se pueden mitigar o aliviar a través de las generaciones o en una misma generación. Se utilizaron las opciones “Sí” o “No” para consignar presencia o no del enfoque. En el caso de haber respondido “No” en las categorías sobre presencia o ausencia de políticas y/o publicaciones, se consignó la respuesta “No corresponde”;
7. **En el caso de contar con definición de salud posreproductiva. Brindar definición textual.** Referida a la presencia tanto en la política como en la publicación de una definición sobre salud de las mujeres en la etapa posreproductiva. Se buscó explicitar en el caso de corresponder, o completar con “No” en caso de ausencia. En el caso de haber respondido “No” en las categorías sobre presencia o ausencia de políticas y/o publicaciones, se consignó la respuesta “No corresponde”;
8. **En el caso de contar con una definición sobre menopausia y/o climaterio, brindar definiciones textuales.** Referida a la presencia en la política o publicación de una definición sobre menopausia y/o climaterio. Se buscó explicitar en el caso de corresponder, o completar con “No” en caso de ausencia. En el caso de haber respondido “No” en las categorías sobre presencia o ausencia de políticas y/o publicaciones, se consignó la respuesta “No corresponde”;
9. **Acceso a política o documentos.** Se refiere a compartir el enlace de acceso directo a la política y/o documento de soporte donde estén en detalle las categorías antes nombradas. En caso de que el país tanto desde las políticas del ministerio/secretarías de

salud, así como los organismos internacionales no cuentan con una política y/o publicación sobre el tema, se consignó "No corresponde".

En tercer lugar, el análisis cualitativo apuntó en tres direcciones:

1. Una lectura descriptiva de la sistematización mencionada previamente;
2. La elaboración de una categorización de países según presenten o no avances en la materia de salud posreproductiva orientada a mujeres a través de la técnica conocida como “semáforo” empleada en el sitio web mencionado “Mira que te miro”. Dicha categorización es establecida de la siguiente manera: el color “verde” identifica a los países con políticas definidas, que contengan perspectiva de género y den cuenta del enfoque de curso de vida en sus ministerios; el color “amarillo” identifica a aquellos países que cuentan con políticas definidas, pero no dan cuenta de estas perspectivas; y el color “rojo” identifica a aquellos países que no cuentan con políticas definidas al respecto.
3. Finalmente, una lectura interpretativa del contenido de las políticas desde la perspectiva de género y de curso de vida.

5. HALLAZGOS

5.1 Un poco de contexto

Antes de iniciar la descripción y análisis sobre los principales hallazgos de este trabajo, es importante contextualizar y caracterizar la región. América Latina y el Caribe (ALC) es una región geopolítica que comprende más de 40 países y territorios desde México hasta el Cabo de Hornos, y que puede subdividirse en cuatro regiones en función de su ubicación geográfica: América del Sur, América Central, el Caribe y México. La región agrupa a países cuyos idiomas predominantes son latinos, en particular español y portugués, aunque en los territorios localizados sobre el mar Caribe también se habla francés, inglés y neerlandés. Particularmente, ALC refleja “enormes contrastes, donde la riqueza y la prosperidad coexisten con bolsillos de extrema pobreza, atraso y vulnerabilidad” (PNUD, 2021, p.23).

La heterogeneidad es otra característica importante que se expresa tanto a nivel cultural como a nivel social, político y económico. Desde la CEPAL (2018) se ha identificado la heterogeneidad como una condición estructural de los sistemas productivos de la región, estrechamente relacionados con las desigualdades existentes; así, las “brechas de productividad, incorporación de progreso técnico y acceso a mercados ampliados se vinculan a la desigualdad

en materia de educación y conocimiento, ingresos y trayectorias laborales, inserción en la sociedad del conocimiento y acceso a sistemas de protección social” (p.31). Esta diferencia también se refleja entre subregiones, entre países e incluso dentro de ellos.

Además, respecto a la heterogeneidad política antes mencionada, es relevante destacar que, aunque el tiempo de búsqueda e investigación para esta tesis ha estado acotado a 6 meses durante el 2022, los hallazgos contienen información sobre el desarrollo de políticas que se extienden a las últimas décadas, atravesadas por las particularidades de los múltiples gobiernos que se han sucedido en cada país en los últimos 30 años, sumado a las crisis económicas de carácter global y regional, y la pandemia por COVID-19 iniciada en marzo de 2020 que han tenido y tienen impacto en cada uno de los territorios comprendidos en este trabajo.

Si analizamos las últimas décadas, es importante mencionar que entre mediados de la década del 80' y hasta bien avanzados los 90', la región se caracterizó por el ascenso de gobiernos neoliberales, con consecuencias diversas, donde se puede destacar la creciente organización de movimientos sociales que comenzaron a expresar su descontento ante el modelo de retirada del Estado propio del neoliberalismo. Llegado el inicio del siglo XXI, y en respuesta a las grandes crisis sociales generadas por este modelo, muchos países eligieron gobernantes cuyas propuestas se enmarcaron como progresistas, atendiendo las necesidades de las/os/es más excluidas/os/es. Así, Venezuela, Brasil, Bolivia, Argentina, Ecuador, Uruguay, y Nicaragua se posicionaron en contra del modelo neoliberal y consolidaron la figura de un Estado que tenía un control sobre la economía. Llevaron adelante un incremento de las inversiones sociales, a través de políticas de inclusión y fortalecimiento de sectores como la salud y la educación.

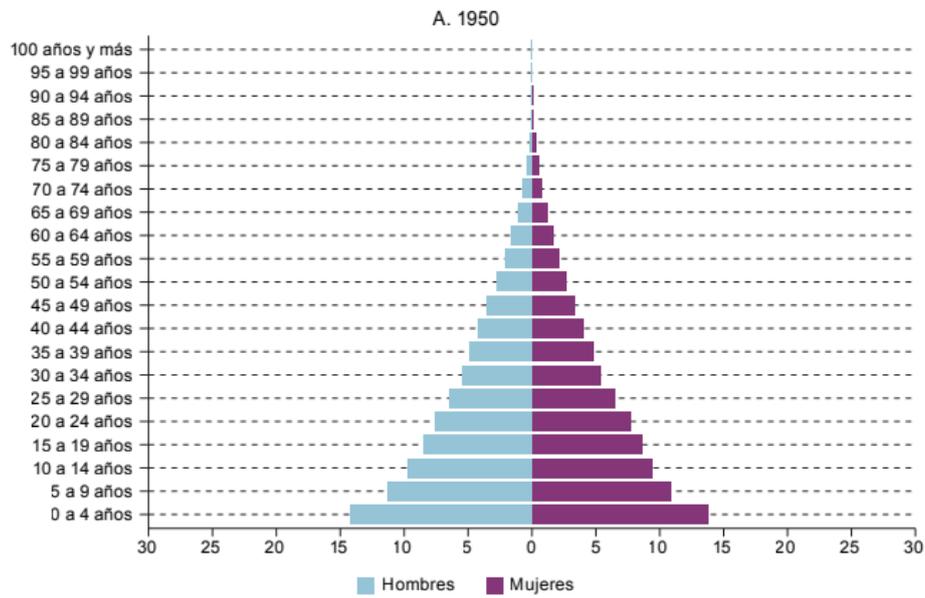
Ya cercanos al 2015, entre impactos económicos externos y situaciones de denuncias por corrupción en algunos casos, o virajes a modelos tildados de “populistas”, es cuando el liberalismo y conservadurismo comienzan a crecer y varios países cambian de color político. Sin embargo, con la llegada de la pandemia por COVID-19 (que arrasa los sistemas de salud ya debilitados, y golpea a ALC muy por encima del resto de las regiones del mundo), el mapa político de la región vuelve a inclinarse a candidatos con propuestas progresistas y dónde el rol del Estado vuelva a ser fundamental para la recuperación durante y posterior a la pandemia, como es el caso de Honduras, Chile, Colombia, y Brasil. En el caso de Perú, si bien fue uno de los primeros países en tener elecciones durante la pandemia, a fines del 2022 su presidente electo fue destituido de su cargo, lo que ha llevado al país nuevamente a la incertidumbre y falta de institucionalidad que se viene desarrollando desde el 2016, con presidentes que no logran cumplir sus mandatos.

La diversidad política, y la inestabilidad y fragilidad de las democracias en la región, continúan siendo factores que operan en el avance y retroceso de políticas sociales y derechos de la población. Sin embargo, los progresos desiguales logrados en estas últimas décadas en materia de salud sexual, autonomía corporal y derechos, entre otras mejoras generales para las personas, han comenzado a modificar la estructura de la pirámide poblacional y, en consecuencia, estos avances deberían reflejarse en políticas más integrales, con enfoque de curso de vida y perspectiva de género que permitieran una transición suave, organizada y sostenible para todos los países de la región.

Según la CEPAL (2022), el crecimiento cada vez menor de la población, ocasionado principalmente por la disminución de la fecundidad, hará que la región alcance su población máxima en 2056, momento en que contará con un total de 751,9 millones de habitantes, y luego comience a disminuir (ya muchos países han iniciado la transición demográfica). En 2022, esto se refleja en una esperanza de vida al nacer de 73,8 años para ambos géneros (según clasificación binaria), así como en una tasa global de fecundidad de 1,85 hijos por mujer. De esta manera, la dinámica demográfica repercute en el crecimiento poblacional y conlleva cambios importantes en la estructura por edades de la población. En la década actual, se proyecta una disminución del número de habitantes menores de 30 años y un crecimiento positivo de la población adulta en ALC, sobre todo de las personas mayores de 50 años. A continuación, se presentan las figuras que muestran gráficamente el cambio y la dinámica poblacional antes mencionada para la región.

Figura 1

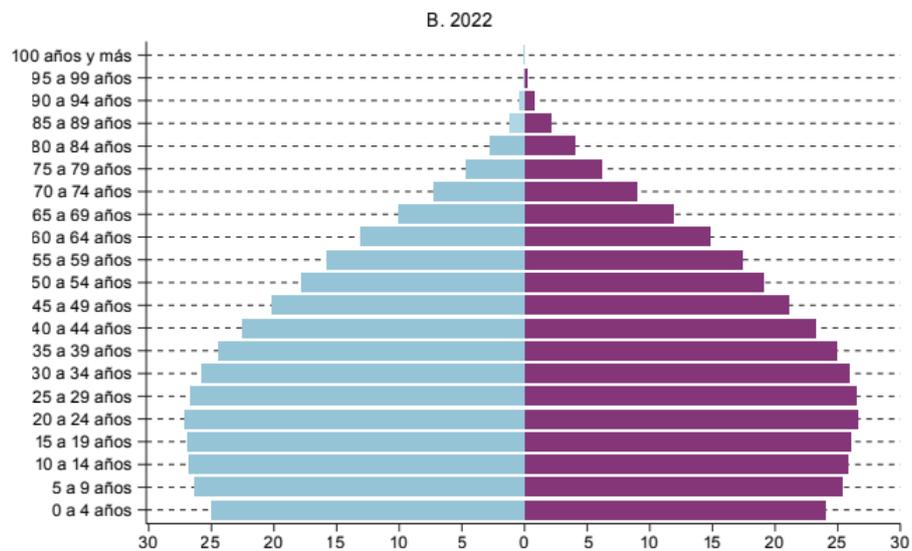
América Latina y el Caribe: población por sexo y edad 1950



Nota: Naciones Unidas (2022).

Figura 2

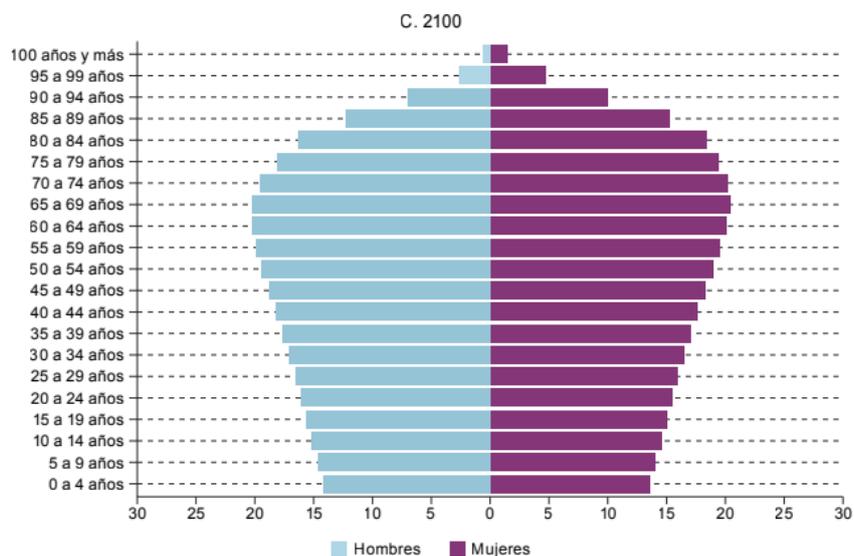
América Latina y el Caribe: población por sexo y edad 2022



Nota: Naciones Unidas (2022).

Figura 3

América Latina y el Caribe: población por sexo y edad 2100



Nota: Naciones Unidas (2022).

Como se mencionó anteriormente, la región de ALC se caracteriza por su marcada diversidad y desigualdad entre países y hacia el interior de los mismos. Por ejemplo, el quintil más rico de la población de la región representa alrededor del 56% de los ingresos nacionales. En la actualidad, la pandemia por COVID-19 ha ampliado esta brecha. Según el informe de desarrollo humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2021):

Más allá del ingreso, otras formas de desigualdad persisten. Las brechas de género en la participación laboral y horas de trabajo no remunerado, dedicadas a actividades de cuidado, continúan poniendo a las mujeres en un campo de juego desigual. Las personas LGBT+ continúan sufriendo discriminación(...). Las minorías étnicas continúan sin reconocimiento como agentes económicos y políticos activos y rezagadas en el acceso a los servicios básicos, incluidas la salud y la educación. (p.4)

En cuanto a los avances y situación de las políticas y legislaciones sobre SSR en la región, se puede decir que la mayor parte de los países cuentan con alguna legislación al respecto, ya sea a nivel constitucional, dentro de leyes generales en salud, o leyes específicas. Considerando el informe realizado por CEPAL (2021b) junto a UNFPA y el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe:

La mayor parte de la legislación se refiere a aspectos específicos del campo de la salud sexual y reproductiva, como el acceso a la anticoncepción, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), la salud materna, el embarazo en adolescentes y las técnicas de reproducción asistida (p.2).

No se menciona en ningún momento la salud posreproductiva o el climaterio y/o menopausia. La situación de los sistemas de salud y de indicadores clave en el campo de la SSR durante y en esta etapa transicional de la pandemia por COVID-19, es alarmante. Para todos los indicadores de SSR se estiman retrocesos de entre 10 y 15 años (pudiendo ser mayores en algunos países). La mortalidad materna ha aumentado durante los años 2020 y 2021, evidenciando que la desigualdad de género persiste duramente en nuestra región, sumado a intersecciones como la pertenencia étnica-racial y lugar de residencia.

Un estudio realizado por Chapman, Ramos, Romero y Sciurano (2022) demuestra que muchas de estas muertes no estuvieron vinculadas directamente a la enfermedad por COVID-19, sino a factores que obstaculizaron la disponibilidad, el acceso y el uso oportuno de los servicios de salud reproductiva, materna e infantil, que disminuyeron en la mayoría de los países de la región. Los sistemas de salud y en particular el personal sanitario se ha visto fuertemente golpeado, con jornadas extensas, sobrecarga y la evidente feminización del sector, sumado a una inmensa cantidad de pérdidas de vida por falta de equipamiento y medidas adecuadas de protección.

En este contexto, surge el análisis de lo que hoy es mi tesis. Complejidad, incertidumbre, desigualdad, serían algunos de los calificativos para describir esta época tan incierta. Sin embargo, es necesario seguir apostando a la resiliencia de nuestras poblaciones y sistemas, y a considerar las lecciones aprendidas que nos preparen mejor para:

- a) aquellos cambios que ya sabemos, estamos experimentado como el envejecimiento poblacional;
- b) aquellos que aún tenemos pendientes, como la incorporación efectiva de la perspectiva de género y curso de vida en las políticas y programas en general, y en las de salud en particular; y
- c) aquellos que desconocemos, pero ante crisis humanitarias en aumento, el cambio climático y la reconfiguración política del poder en el mundo después del 2021, deberían por lo menos invitarnos a reflexionar cómo será el mundo en unas décadas y que podemos hacer hoy para mejorar esa situación.

5.2 Las políticas públicas de la región sobre la salud sexual, reproductiva y posreproductiva de mujeres cis con foco en el climaterio y menopausia

Con el objetivo de identificar, describir y reflexionar sobre las políticas públicas en salud sobre climaterio y/o menopausia en 19 países de la región de América Latina en el contexto actual, desde un enfoque de género y curso de vida, se consideraron como países para la muestra a aquellos Estados miembro de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019) a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Figura 4

América Latina y el Caribe: países seleccionados de la región para el estudio en color naranja



Nota: Elaboración propia en base a mapa de América de 2022.

Nuestra región se ha caracterizado históricamente por encasillar la salud de las mujeres dentro de direcciones o programas de salud materna e infantil. Si la lupa se pone sobre las políticas en salud sexual y reproductiva, se debe mencionar otro modelo hegemónico como lo es la perspectiva médica en salud, que:

(...) concibe a las mujeres en cuanto a su rol de madres, un modelo de atención que está centrado en la salud reproductiva de las mujeres que continúa reproduciéndose, ya que la mayoría de los servicios se centran en la mujer como agente exclusivo de la reproducción. (Lois, 2013 p.13)

Como se ha mencionado anteriormente, el orden de género interviene en la elaboración y desarrollo de las políticas públicas en salud, puntualmente en la salud sexual, reproductiva y posreproductiva. Guzmán y Montaña (2012) en su análisis sobre políticas públicas e institucionalidad de género reivindican el rol de los movimientos feministas en su relación con el Estado, destacando que:

(...) estos movimientos argumentaron que el papel del Estado no es neutro sino, por el contrario, es omnipresente en la construcción de las desigualdades de género a través de los mensajes que emite y las concepciones de género que sustentan sus políticas (p.10).

Como ya se mencionó en el apartado sobre diseño metodológico, se elaboró una categorización de países según presenten o no avances en la materia de salud sexual, reproductiva y posreproductiva orientada a mujeres que estén atravesando el climaterio y/o menopausia, a través de la técnica conocida como “semáforo”. Dicha categorización es definida de la siguiente manera:

- el color “verde” identifica a los países con políticas definidas, que contengan perspectiva de género y den cuenta del enfoque de curso de vida en sus ministerios;
- el color “amarillo” identifica a aquellos países que cuentan con políticas definidas, pero explicitan un único enfoque, o bien no dan cuenta de estas perspectivas de manera explícita;
- y el color “rojo” identifica a aquellos países que no cuentan con políticas definidas al respecto.

De los 19 países de la muestra solo 7 cuentan con políticas específicas para abordar el climaterio y/o menopausia, estos son: Brasil, Chile, El Salvador, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. De estos, algunos cuentan con perspectiva de género y/o enfoque de curso de vida y otros no, por lo que denominaremos “países verdes” a los que cuentan con ambos enfoques, y amarillos a los que cuentan con uno de los enfoques, o no los explicitan.

El resto de los países se denominan “países rojos”, como aquellos que si bien tienen, en mayor o menor medida, avances en materia de SSR y DSDR no se ha identificado el desarrollo de políticas integrales y específicas en materia de climaterio y/o menopausia, sobre la base de la revisión minuciosa de las tres fuentes consultadas (portales oficiales de Ministerios de Salud; y portales de oficinas nacionales de UNFPA y OPS). La información recabada sobre los 19 países ha sido sistematizada en una planilla excel a la que se puede acceder en la sección 8 de “anexos”.

Como resultado de la búsqueda y sistematización iniciales, y del análisis preliminar, la situación de los países es la siguiente:

Figura 5

Situación de cada país de acuerdo con las políticas de climaterio y menopausia



Nota: Elaboración propia.

5.2.2 Caracterización de las políticas identificadas en base a presencia o ausencia de perspectiva de género, enfoque de curso de vida y definiciones de climaterio y/o menopausia.

Los países verdes

Brasil

Es el país que cuenta con la política más antigua de la región, la misma data del año 1984. Ya para entonces, el Estado abordaba al climaterio como una etapa de la vida de las mujeres que debía ser considerada en un Programa Nacional del Ministerio de Salud, llamado en ese entonces “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)”. El programa tuvo sus altibajos hasta el 2004, momento en el que se lanzan las directrices y principios de la “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) 2004-2007” (Ministério da Saúde, 2004). En ese entonces se retoman principios del programa de 1984, y se le da mayor impulso a las líneas de acción que involucran a la salud posreproductiva.

Finalmente, en el año 2016, la PNAISM aparece bajo la esfera del Ministerio de las Mujeres, Igualdad Racial y Derechos Humanos, en un documento de monitoreo y evaluación de la misma. Desde entonces, se hace difícil conocer el avance de esta. Asimismo, su ausencia de la cartera Nacional de Salud y del Ministerio de la Mujer, Familia y Derechos Humanos durante el período de investigación (julio y agosto de 2022), hace suponer una desaparición de esta o bien poca visibilización y prioridad en la agenda del gobierno de ese momento.

Como ya se mencionó, la política tiene sus inicios en 1984. Sin embargo, como surge paralelamente a la implementación del Sistema Único de Saúde (SUS), cuya meta primordial era la municipalización y regionalización de la salud, esto trajo problemas administrativos, políticos y técnicos. Lo que conllevó a que, en sus inicios hasta finales de la década del 90, la política brindara servicios básicos de salud para la prevención de la mortalidad materna (controles prenatales, parto y anticoncepción), diluyéndose el enfoque de curso de vida inicial.

En el 2004, se publican los principios y directrices del PNAISM. Esta publicación, promueve una atención integral de las mujeres en sus diferentes etapas porque retoma implícitamente el enfoque de curso de vida. A su vez, explicita una definición sobre la necesidad de contar con una perspectiva de género, además de citar a autores de renombre en la materia. De acuerdo con el PNAISM:

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero,

também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher. (Ministério da Saúde, 2004, p.13)

Respecto al abordaje de la salud posreproductiva, aunque no hay una definición en sí misma esbozada en la política se destaca, que:

O aumento da expectativa de vida e seu impacto sobre a saúde da população feminina tornam imperiosa a necessidade da adoção de medidas visando à obtenção de melhor qualidade de vida durante e após o climatério. Nesse sentido, o combate ao sedentarismo ocupa lugar de destaque por ser um fator facilitador de doenças crônico-degenerativas, de elevada morbiletalidade. O combate ao sedentarismo melhora a aptidão física e favorece a disposição para viver. (Ministério da Saúde, 2004, p.43).

Para luego continuar con una definición de climaterio y menopausia:

Adotaremos neste documento os termos climatério e menopausa com base nas definições tradicionais. Climatério é a fase de transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade. Menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último período menstrual, somente reconhecida após passados 12 meses da sua ocorrência. A idade média de ocorrência da menopausa é 50 anos. O climatério/menopausa não é uma doença e sim uma fase da vida da mulher. A maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas e sem necessitar de medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que são, geralmente, transitórios. (Ministério da Saúde, 2004, p.42).

Se puntualiza en la necesidad de promover la actividad física y una alimentación balanceada en esta nueva etapa. No acuerda con la promoción de las terapias de reemplazo ni la medicalización, concluyendo que son intervenciones propuestas en una sociedad patriarcal y que promueve la falsa expectativa de la eterna juventud:

Medicalizar o corpo das mulheres, em nome da ciência e de um suposto bem-estar, sempre foi uma prática da medicina, que só será modificada quando as mulheres tiverem

consciência dos seus direitos, das possibilidades preventivas e terapêuticas e das implicações das distintas práticas médicas sobre o seu corpo. (Ministério da Saúde, 2004, p.44).

En el documento sobre monitoreo y acompañamiento de la (PNAISM) y Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) publicado de manera conjunta con OPS y UNFPA (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2016), se hace referencia al escrito del 2004 como el que ha definido la política y sus lineamientos. En este documento más actualizado, encontramos indicadores para el monitoreo de los diferentes objetivos. El objetivo 8 hace referencia a implantar e implementar la atención de las mujeres en el climaterio, y plantea 4 indicadores: 1) prevalencia de mujeres bajo terapia de reposición hormonal (TRH), 2) existencia de programas de capacitación para la atención de calidad de mujeres en el climaterio y los contenidos respectivos, 3) existencia de grupos de información sobre la temática en las unidades de salud, 4) tipos de demandas de las mujeres en el climaterio.

Como sea, Brasil encabeza el listado de países de la región con mayor trayectoria en el campo de la salud posreproductiva con más de 32 años desde la elaboración del PAISM.

Chile

En la escala de países con larga trayectoria sobre el tema en la región, le sigue Chile. La política está inserta dentro del Ministerio de Salud en sus inicios y así continúa. En 1994, el Ministerio decide transformar el Programa de Salud Materna y Perinatal en uno más amplio, el Programa de Salud de la Mujer, y ya desde entonces se comienzan a abordar aspectos no reproductivos, como el climaterio. Las primeras directrices del programa serán publicadas en 1997, siendo el control del climaterio en centros de atención primaria, una de las intervenciones de este. Finalmente, en el 2014, el Ministerio publicará las “Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad del climaterio en el nivel primario de la red de salud”, siendo junto a El Salvador, los únicos países hasta el momento, que cuentan con una norma particular para abordar el climaterio y la menopausia.

El documento resalta el aumento de la esperanza de vida al nacer de la población chilena y en particular de las mujeres. Introduce el concepto de curso de vida, y la necesidad de abordar la salud de las mujeres en sus diferentes etapas. Cabe destacar que muchas/os de las/os/es autoras/es del documento son matronas/es (parteras/os/es profesionales), personal del equipo de salud no médico, y con una fuerte formación en el acompañamiento del embarazo y el parto de mujeres y familias.

Sin embargo, Chile es un país pionero en la inclusión de matronas/es en puestos de decisión, y en ampliar el alcance de la profesión, siendo hoy muchas/os/es matronas/es quienes atienden a mujeres que transitan el climaterio. Pero más allá de esta distinción, tiene desde el 2014 una norma particular para la atención de la mujer en la edad del climaterio en APS. En esta publicación de 120 páginas se detallan como en ningún otro documento de los países considerados “verdes”, el alcance, objetivos, justificación, protocolo de atención, prevención de enfermedades, manejo y estudio del síndrome climatérico, niveles de atención en la red de salud, manejo en APS de problemas específicos de problemas de perimenopausia y posmenopausia, terapia de reposición hormonal en la mujer sin comorbilidad o de baja complejidad, y anexos. Al inicio de esta, explicita su conceptualización sobre la perspectiva de género:

Al promover políticas públicas para disminuir las inequidades, éstas deberían incluir perspectiva de género; es decir, considerar los roles asignados a mujeres y hombres y las consecuencias que ello implica en la participación de las mujeres en los distintos ámbitos de la vida. La equidad de género, en su connotación transversal y estructurante de la sociedad, requiere considerar la diversidad de la realidad social, por lo tanto, incluye principios de igualdad, aspectos distributivos, cruces con otros tipos de equidad social tales como interrelación entre etnicidad, clase social y relaciones de poder, que son interdependientes. Los análisis socioculturales de equidad de género y de derechos ciudadanos sustentan los programas de protección, prevención, promoción y atención, incorporando las realidades de sectores desprotegidos y proponiendo modelos de trabajo inclusivos para el personal de salud. El enfoque integral es multisectorial y con perspectiva de género. (Ministerio de Salud, 2014, p.29).

A pesar de que no aparece explícitamente una definición de curso de vida, en la presentación de la estrategia en salud 2011-2020 que tenía el país y que el documento retoma, se menciona el objetivo sanitario N°4 que busca “Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital” (Ministerio de Salud, 2014, p.25), y es dentro de este objetivo donde se hace referencia a la salud de las mujeres climatéricas. A su vez, el mero hecho de que un país decida tener orientaciones técnicas que promuevan una atención integral para las mujeres que están en la etapa final de su período reproductivo, proponga argumentos epidemiológicos que sustenten dicha política, además de contar con un programa exclusivo para la salud de la mujer desde 1994, muestran que el enfoque está implícitamente en

todo el recorrido de las orientaciones. En cuanto a la definición de climaterio y menopausia, se destaca:

El climaterio es consecuencia de la claudicación de las gónadas femeninas, que comienza con la disminución de la fertilidad y termina insensiblemente con la senectud. La menopausia (momento de la última menstruación) es el hito que permite distinguir la etapa previa denominada perimenopausia, cuando aún hay sangrados espontáneos, de la etapa siguiente, que es el período de vida posterior a la última menstruación natural de la mujer, que se denomina posmenopausia. En el climaterio, la salud de la mujer y su calidad de vida están determinadas por los cambios hormonales propios del período, su condición de salud previa, las enfermedades emergentes, sus características psicológicas, su estilo de vida y factores ambientales, los cuales pueden contribuir a deteriorar la calidad de vida e incrementar el riesgo de desarrollar o agravar enfermedades crónicas (patologías cardiovasculares, osteoporosis, afecciones urogenitales entre otras). (Ministerio de Salud, 2014, p.10)

Aunque ambas definiciones presentan una connotación biologicista y médica, en páginas posteriores, al mencionar la mejora en la calidad de vida de las mujeres como uno de los resultados esperados de la política, se menciona la significación cultural de la menopausia, refiriéndose a aquellas comunidades donde el valor asignado a la mujer está fuertemente orientado a su capacidad reproductiva, y que el advenimiento de la menopausia puede generar una desvalorización y falta de autoestima. Finalmente, se remarca que: “es imprescindible considerar las propias percepciones que tiene cada mujer en este periodo de sus vidas que incluyen aspectos históricos y socioculturales, los cuales dan forma a la experiencia de salud y enfermedad”. (Ministerio de Salud, 2014, p.34).

Las orientaciones permiten un verdadero abordaje integral y dan pautas claras a los equipos de salud sobre cómo atender este proceso a través de diversas estrategias de promoción, prevención y asistencia. En los apartados finales hay propuestas de talleres según temas, se especifican contenidos y dinámicas. También hay formularios e instrumentos de medición internacionales como el “menopause rating scale” y otros. Las orientaciones sientan las bases para cualquier país con intenciones de promover una política concreta con directrices y propuestas claras.

El Salvador

En el 2008, la Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de El Salvador, publica con apoyo del UNFPA la “Guía de atención clínica del climaterio y menopausia”. Estos lineamientos están organizados en 55 páginas donde además de brindar un marco conceptual y epidemiológico, destacan los aspectos técnicos de la atención del climaterio y menopausia. Enumeran los síntomas asociados al climaterio para que puedan ser identificados clínicamente (aunque hacen la salvedad que hay mujeres que pueden no presentar sintomatología) y tratados convenientemente.

Respecto a los enfoques y definiciones. La guía explicita una definición de enfoque de género, afirmando que:

Implica el análisis diferencial de las necesidades de hombres y mujeres, basadas en los principios de igualdad y equidad. Aplicado a la salud, significa ausencia de diferencias evitables entre mujeres y hombres en las oportunidades de sobrevivir y disfrutar de salud y en la probabilidad de no padecer de enfermedades, ni discapacidad, ni muerte prematura por causas previsibles. (MSPAS, 2008, p. 20)

A su vez, hace referencia al ciclo de vida de las mujeres, como:

El ciclo de vida de la mujer comprende varias etapas desde la infancia, la pubertad, adolescencia, adultez, el climaterio y la menopausia. Esta última es uno de los períodos más esenciales para la mujer debido a que conlleva cambios a nivel metabólico y hormonal que pueden originar signos y síntomas que pueden afectar su salud a nivel emocional y físico, repercutiendo esto muchas veces en la calidad de vida de las pacientes. (MSPAS, 2008, p.5)

También define claramente qué se entiende por climaterio, mencionando que “es un conjunto de síntomas y signos que se presentan en la perimenopausia y posmenopausia como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo” (MSPAS, 2008, p.11). En relación a la menopausia, se hace la distinción de siete clasificaciones diferentes que comprenden la perimenopausia, premenopausia, postmenopausia, menopausia inducida, menopausia natural, menopausia prematura, y menopausia tardía. Considerando a la menopausia como el cese definitivo de la menstruación.

Cabe resaltar que la norma solo fue asequible a través del portal de UNFPA El Salvador, y que en la actualidad la cartera de salud no presenta explícitamente ningún abordaje diferencial para el climaterio y menopausia.

Panamá

En el 2015, el Ministerio de Salud en el marco del Programa de Salud Integral de la Mujer, hoy conocido como Programa de Salud Sexual y Reproductiva, presenta las “Normas técnicas y protocolo de atención de la salud integral de la mujer” que luego son actualizadas en el 2020. En la misma, existe una sección sobre climaterio y menopausia y protocolo de atención dentro del capítulo “Normas de atención de la salud integral de la mujer”. Se enumeran formas de abordaje desde la patología, así como medidas preventivas. En el apartado de presentación de ambas versiones, 2015 y 2020, se hace mención que las normas han sido elaboradas y actualizadas cada 4 o 5 años desde 1990, sin embargo, esas publicaciones no se han encontrado ni en la web del Ministerio ni en otras búsquedas, razón por la cual no se puede aseverar que el 2015 sea la primera vez que se haga mención del climaterio y la menopausia. No obstante, es importante destacar que la política se encuentra vigente y tiene una de las actualizaciones más recientes en comparación con otros países de la región.

La norma del 2020 consta de 164 páginas divididas en 6 capítulos. En su parte inicial, se aclara que la política existe desde el año 2015 y que el escrito es solo una actualización de la misma a la luz de la nueva evidencia. Cabe destacar que el programa fue reemplazado en su denominación por el programa actual de SSR, que engloba el de salud integral de la mujer, y entre sus objetivos específicos propone “mejorar el cuidado de la salud de la mujer en la menopausia y climaterio”. Entre sus principios y definiciones, nombra el enfoque de curso de vida, que:

(...) se aplica para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura, que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. Vale la pena reconocer la importancia de adoptar un enfoque de la salud, sistémico e integral, que abarque la totalidad del curso vital, donde lo que se deje de atender o atender en cada curso de vida, tendrá implicaciones en la salud y nivel de bienestar y vida de la madre y el neonato en el futuro cercano. (Ministerio de Salud, 2020, p.28)

Y enfoque de género:

Corresponde a características psicológicas, sociales y culturales que la sociedad asigna de manera diferenciada a hombres y a mujeres. Esto significa que las personas aprenden a comportarse según las normas, los valores y las prácticas que la sociedad considera como propias de mujeres y de varones. (Ministerio de Salud, 2020, p.29)

A partir de la página 78, se desarrolla el protocolo de atención a mujeres de entre 40 a 64 años, donde se enumeran los pasos que deben seguirse desde el llenado de la historia clínica hasta el examen físico, laboratorios e inmunizaciones. Luego inicia las recomendaciones para mujeres mayores de 65 años, donde además de los pasos antes nombrados, sugiere la terapia hormonal de reemplazo, previa evaluación de salud integral. El protocolo no se explora en ninguna de las pautas a seguir, dando un puntaje general para cada regla a cumplir como la historia clínica, el examen físico, laboratorio, etcétera. Por ser la actualización más reciente que tiene la región, sería esperable encontrar propuestas de abordajes preventivos-participativos o educativos, pero no están presentes de momento.

Venezuela

En el año 2003, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) presenta la norma oficial en materia de SSR, compuesta de 4 instrumentos: 1) Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. 2) Reglamento técnico administrativo para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. 3) Manual de procedimientos. 4) Fichas técnicas para la atención integral en salud sexual y reproductiva. Esta norma fue actualizada en el año 2013 con el apoyo de OPS, UNICEF, y UNFPA. En su versión más actualizada y la única disponible, se encuentra un apartado llamado “Construyendo el proyecto de autonomía en salud sexual y reproductiva” que da nombre al área “Atención en salud en el climaterio y menopausia” (MPPS, 2013, p.65). Se mencionan como área de intervención a la salud sexual en el climaterio, menopausia y andropausia, y como líneas estratégicas: garantía del acceso a la educación e información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico temprano, manejo y/o referencia oportuna de acuerdo con las necesidades de atención en SSR, durante el climaterio, la menopausia y andropausia.

La política es parte de una norma sobre SSR que tiene una extensión de 270 páginas y que lamentablemente no cuenta con índice. Hace referencia al marco legal internacional,

incluyendo el Consenso de Montevideo del año 2013, y explicita el marco legal nacional. Hace mención respecto a la sexualidad y el género definiéndolos en base a otra autoría, como:

(...) una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con clase social, etnia, raza, grupos de edad, etc., a partir de las diferencias biológicas de los sexos. Es una forma primaria de relaciones de poder condicionada por elementos fundamentales de la división sexual del trabajo. Sus contenidos simbólicos incluyen los estereotipos, valores y creencias sobre qué significa ser mujer o ser hombre y se transmite de generación en generación a través de los procesos formales e informales de socialización, con cambios más o menos significativos entre padres e hijos e hijas. Afecta las identidades y condiciones de vida de las mujeres y hombres, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar y las múltiples maneras en que lo hacen (...). (MPPS, 2013, p.28)

A continuación, también hace referencia al “ciclo vital y desarrollo de la sexualidad”, definiéndolos como:

Las vivencias de la sexualidad son parte fundamental del proceso de crecimiento y desarrollo, el cual cuando se refiere a la sexualidad se denomina desarrollo psicosexual. Éste va progresando al tiempo del crecimiento físico con la maduración psicológica y sexual, desde la concepción hasta la muerte, atravesando una serie de etapas definidas por los períodos de la vida para su comprensión y estudio, las que conforman un continuo. Se habla así de la sexualidad en la infancia, en la adolescencia y juventud, en la vida adulta y en el adulto y adulta mayor, entendiendo que sus experiencias y manifestaciones adquieren particularidades específicas para cada una, así como diferentes por razones de género, cuando se habla de sexualidad femenina o masculina. (MPPS, 2013, p.29)

El texto continúa haciendo una distinción de suma importancia, la sexualidad y la reproducción son procesos independientes que pueden encontrarse en algún momento de la vida de una persona volviéndose interdependientes. A su vez, ambos procesos atraviesan el ciclo de vida, generando consecuencias diferentes según el género y otras intersecciones.

En lo que compete al climaterio y menopausia, no hay una definición para ninguno de los dos procesos. La norma se refiere directamente a las intervenciones estratégicas, enumerando: garantía del acceso a la educación e información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico temprano, manejo y/o referencia oportuna de acuerdo a las necesidades de atención en SSR, durante el climaterio, la menopausia y andropausia; fortalecimiento de la atención integral en SSR para responder a las necesidades específicas de la adulta y el adulto mayor; desarrollo de actividades educativas para la prevención, detección y tratamiento de los factores de riesgo y daños relacionados con la pérdida de masa ósea en la mujer y el hombre, así como, promover factores protectores; prevención y atención oportuna de los problemas y afecciones de salud sexual y reproductiva de las y los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, privados de libertad, abuelos de la patria o institucionalizados.

Por último, menciona como debe ser la atención de las mujeres en la etapa peri y posmenopáusica, describiendo de manera detallada en 6 páginas “acciones dirigidas a mejorar su calidad de vida al disminuir en gran medida los problemas que puedan potencialmente impactar la morbilidad de no ser atendidas durante la primera década, éstos incluyen entre otras las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis” (MPPS, 2013, p.188). A su vez, en la primera consulta la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) figura como indicación; se hace referencia a las disposiciones generales, como quiénes son elegibles, los riesgos y beneficios de la THR, formas de administración, y luego indicadores de resultados vinculados a la atención.

La política en sus líneas de intervención es completa y detallada, le falta un marco introductorio sobre qué es el climaterio y la menopausia, la importancia de abordar ambos procesos de manera temprana, y el impacto que tienen en la salud integral de las mujeres, conectar el marco teórico inicial que es muy completo, con cada una de las etapas y procesos que aborda la norma.

Cabe resaltar que la norma no fue accesible a través de la web del Ministerio, y que después de muchas búsquedas, apareció finalmente en el portal de UNFPA Venezuela. Dada la importancia de la norma para todas las intervenciones en SSR, y no haber encontrado algún documento superador, se puede inferir que la misma sigue vigente en la actualidad.

Los países amarillos

República Dominicana

En el 2004, la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana publica las “Normas nacionales de salud reproductiva” y enumera en la misma

portada los temas que incluye, entre ellos la “Prevención y promoción del síndrome climatérico”. Las directrices están orientadas al personal de Atención Primaria de la Salud (APS) y enumeran de manera concisa y sin profundizar demasiado en ningún tema, abordajes diferenciales según edad o patologías preexistentes, indicaciones de medicamentos, dosificación, etcétera. En la línea de prevención y promoción del síndrome climatérico encontramos un listado de acciones por parte de los equipos de salud para brindar orientación a las mujeres con síndromes climatéricos.

En el 2019, y ya con rango de Ministerio de Salud Pública, se evidencia la “Guía de consejería en salud sexual y salud reproductiva” que es hasta el momento la publicación más actual del país donde se proponen lineamientos de atención para el climaterio, menopausia y suman la andropausia. Siguen siendo al igual que la versión del 2004, recomendaciones generales y de prevención y promoción de la salud en esta etapa de las personas, orientadas al primer nivel de atención. Se destaca que al igual que Venezuela, proponen un abordaje diferencial para los hombres adultos.

Compuesta de 51 páginas, tiene 9 capítulos, justamente en el último aborda la consejería para la etapa del climaterio, menopausia y andropausia. En el inicio de la guía se define a la consejería en SSR, como “el proceso de comunicación interpersonal que se establece entre la/el/le prestadora/r/e de servicios y la/el/le usuaria/o/e para proporcionar apoyo respecto a la toma de decisiones relacionadas con su vida sexual y reproductiva” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2019, p.17). Luego toma la definición de la OMS sobre género:

(...) se refiere a los roles socialmente contruidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres. Este concepto se orienta a visibilizar aquellas diferencias y desigualdades sociales entre hombres y mujeres que provienen del aprendizaje, así como los estereotipos, los prejuicios y la influencia de las relaciones de poder en la construcción de los géneros. (MSP, 2019, p.18)

También hay una definición sobre menopausia de la OMS que es definida como:

(...) el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica. Toda mujer debe ser informada sobre los cambios que experimentará en este periodo, comprendiendo que la menopausia es un proceso normal que ocurre entre los 45 y 55 años, aproximadamente.

En ningún caso es una enfermedad ni proceso patológico. Sin embargo, algunas mujeres experimentan manifestaciones clínicas del climaterio a causa de los cambios hormonales. Dentro de las manifestaciones clínicas percibidas en esta etapa se citan: trastornos menstruales, bochornos (sofocos), sudoración, vértigo, manifestaciones psicológicas (irritabilidad, insomnio, depresión, labilidad emocional) y trastornos del metabolismo de los lípidos, calcio, glucosa. (MSP, 2019, p.18)

No hace alusión al enfoque de curso de vida, y aunque distingue a la población adolescente, no lo hace para el resto de las poblaciones, sino que orienta las diferentes consejerías según problemáticas o necesidades en SSR. La consejería para la etapa del climaterio, menopausia y andropausia está definida en una página y media, y da lineamientos muy generales de qué temas abordar durante la misma. Lo interesante es que hace poco hincapié en la parte de medicamentos, pero claro no deja de ser una consejería. Da consejos sobre tipos de alimentos a consumir y ejercicios a realizar, al igual que Venezuela propone un abordaje diferencial para la andropausia. No refiere a ningún otro documento oficial para ampliar información.

Uruguay

En el 2009, el Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género, dependiente del Ministerio de Salud Pública presenta el capítulo: “Atención integral de la salud de la mujer en climaterio para el primer nivel de atención y prevención de consecuencias evitables”, como parte de una guía en SSR. El capítulo en referencia, publicado de manera separada al resto de la guía, explicita los argumentos epidemiológicos para el abordaje diferencial del climaterio. Indica estar orientado a equipos de salud de APS para la atención integral de mujeres entre 40 y 64 años. Propone acciones de promoción, prevención y asistencia, y para cada una detalla recomendaciones básicas y tipo de historia clínica. Hasta el momento no hay antecedentes de una versión más actualizada de este capítulo ni indicios de la vigencia o no de la misma dentro de las políticas públicas en salud del país.

El documento se divide en 5 capítulos, y 51 páginas en total. Por un lado, en la introducción hace referencia al envejecimiento poblacional en aumento de las últimas dos décadas en la región y cómo eso ha impactado en el desarrollo de políticas de atención del climaterio femenino. Por otro lado, pone en duda la eficacia del THR, brindando evidencia de principio del siglo XXI que demuestra que las contraindicaciones son mayores que los

beneficios. La población objetivo es de mujeres de 40 a 64 años. La guía está recomendada para equipos de salud interdisciplinarios, incluyendo educadores y tomadores de decisión.

Luego pasa al capítulo sobre atención primaria integral de la mujer mayor de 40 años, haciendo foco en 3 intervenciones: la promoción, la prevención y la asistencia. El programa de promoción propone actividades educativas e informativas grupales, y participación comunitaria a partir del abordaje de un listado de temas propuestos. En la línea de prevención se enfocan en la prevención de cánceres ginecológicos, enfermedades cardiovasculares, y pérdida ósea. Luego se avanza en la importancia del rol del estilo de vida en los cuidados preventivos de la salud en la mujer entre los 40 y 64 años, detallando pautas de alarma en referencia a: dieta, hábitos tóxicos, actividad física, salud sexual, salud oral, inmunización activa y prevención de lesiones. También se hace referencia a los síntomas climatéricos: síntomas vasomotores, desórdenes del sueño, trastornos tróficos genitourinarios, función sexual de la mujer. Se diferencia el tipo de atención para mujeres mayores de 40 años que aún menstrúan, y el grupo posmenopáusicas. Cuenta con una tabla para cada población donde se distinguen categorías como: la sintomatología climaterica, anticoncepción, etcétera. También al final hay flujogramas acerca de qué tipo de atención brindar según los siguientes criterios: sana, riesgo o enferma, para ambas poblaciones.

No hay definición ni explicitación de la perspectiva de género y enfoque de curso de vida. Si se cuenta con una extensa definición de climaterio, que se brinda a continuación:

Una etapa natural en la vida de la mujer, que generalmente duplica en tiempo a la adolescencia o la niñez. Suele anteceder en varios años a la menopausia y la sucede hasta aproximadamente los 60 años. Es el espacio vital que continúa al período reproductivo, con múltiples cambios biológicos y psicológicos que algunas mujeres lo pueden evaluar como una disminución de calidad de vida. Los síntomas característicos adoptan modalidades diversas en intensidad y frecuencia, pudiendo ser desde ausentes hasta severos. Independientemente de la intensidad de los síntomas se observa un incremento en el riesgo cardiovascular y osteoporosis. Dichos cambios, sumado a la jerarquización de la mujer como individuo de valor fundamentalmente reproductivo, seguramente justifiquen la confusión popular, que asocia climaterio con enfermedad, a lo que acompañan mitos y dichos que ofenden la vivencia del período (MSP, 2009, p.8).

En líneas generales, es una guía concisa y práctica, con apartados adecuados y vigentes sobre cómo abordar el proceso del climaterio incluyendo la posmenopausia. Sorprende que un

país tan avanzado en sus marcos legales y políticas sobre SSR, no explicita la perspectiva de género o una definición que avale más allá de la demografía la necesidad del abordaje diferencial en la salud de las mujeres con enfoque de curso de vida. Sin embargo, es interesante ver como varios países de América del Sur (Brasil, Chile, Venezuela y Uruguay) han avanzado en una política sobre climaterio y/o menopausia de manera temprana, marcando el camino para otros países y subregiones.

5.3. Continuidades y discontinuidades

A continuación, se analizarán continuidades y discontinuidades regionales en las políticas públicas nacionales actuales en salud sobre climaterio y/o menopausia. Como se observa en las variables ya analizadas, para aquellos países de la región que sí cuentan con una política en salud que aborde el climaterio y/o menopausia, hay una gran diversidad en los tipos de abordajes, inicios y continuidades de las políticas. Así como en las jerarquías asignadas dentro de los ministerios, contenidos, definiciones sobre ambos conceptos, o la presencia o no de perspectivas de género y enfoque de curso de vida.

5.3.1 Continuidades para los 7 países con políticas sobre climaterio y/o menopausia

Trayectoria

Respecto a los 7 países ya analizados, es importante destacar que en su gran mayoría cuentan con una trayectoria de por lo menos 20 años en el abordaje diferencial del tema. Es verdad que el inicio marca una gran diferencia para Brasil, seguido de Chile, con más de 3 décadas trabajando en pos de la salud sexual y posreproductiva de mujeres cis con foco en el climaterio y/o menopausia. Pero en el caso de Brasil, como ya se mencionó, los lineamientos claros aparecen en el 2004, y desde el 2015 es difícil identificar su continuidad y relevancia en la cartera de salud, incluso en la de la mujer, familia. y derechos humanos.

Atención primaria en salud y calidad de vida

Los 7 países se destacan por sus abordajes desde la APS, promoviendo intervenciones de prevención sencillas, asequibles para la población y fáciles de brindar por parte de los equipos de salud, evidenciando que el climaterio y la menopausia pueden ser atendidas no como enfermedades sino como etapas propias de la vida de las mujeres que con recursos e información adecuada pueden rápidamente generar un bienestar general. Por ejemplo, en el

caso de **Brasil**, se considera a la actividad física como una de las medidas primordiales para combatir el sedentarismo que puede afectar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio.

En el caso de **Chile**, la propuesta de atención también comienza con el apartado “manejo integral de los problemas que afectan la calidad de vida” (Ministerio de Salud, 2014, p.32) enunciando la importancia de la dieta y alimentación, factores psicosociales, actividad física, detención del tabaquismo, entre otros. Desarrolla un apartado sobre actividades de promoción a desarrollar en APS cómo la consejería para mujeres en edad de climaterio y los talleres educativos.

El Salvador, por su parte, destaca las medidas preventivas y la educación en salud para mujeres de 40 años o más, o aquellas de menor edad con síntomas climatéricos. Resalta la importancia de realizar consejerías orientadas a fomentar estilos de vida saludables; tratar la importancia de mantener la salud mental y la salud sexual durante este período; establecer la necesidad de tener un control médico, para poder así, hacer un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las diferentes enfermedades crónico-degenerativas que ocurren más frecuentemente en este período; informar que el climaterio y la menopausia son procesos naturales y que no todas las mujeres presentarán sintomatología, destacando la importancia del autocuidado durante la misma.

El Ministerio de Salud de **Panamá** promueve a “la educación en salud sobre estilos de vida saludables, alimentación, vida sexual, salud mental y autocuidado de la salud y medidas de prevención a toda mujer climatérica, con el objetivo de que lleven una vida prolongada vital y sana” (Ministerio de Salud, 2020, p.78).

República Dominicana a su vez, en su guía de consejería y salud sexual y reproductiva del año 2019, propone en su último capítulo los lineamientos sobre la consejería para la etapa de climaterio, menopausia y andropausia, indicando “promover estilos de vida saludables, educar en la ingesta de alimentos bajos en grasa y ricos en calcio, ingesta de antioxidantes, realizar ejercicios y evitar hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, hooka, drogas)” (MSP, 2019, p.36).

En la **República Bolivariana de Venezuela**, la política destaca también la mejora en la calidad de vida de las mujeres para reducir la morbilidad por enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. Al igual que los países antes nombrados, las actividades educativas y de acceso a información apropiada aparecen entre otras intervenciones claves.

Por último, **Uruguay** presenta una política que propone hacer foco en 3 intervenciones: promoción, prevención y asistencia desde la APS. Hay acciones educativas e informativas

grupales, sobre estilos de vida y prevención de cánceres ginecológicos, enfermedades cardiovasculares y pérdida ósea, entre otras intervenciones priorizadas.

5.3.2 Discontinuidades para los 7 países con políticas sobre climaterio y/o menopausia

Lugar de la política dentro de los ministerios de salud u otros ministerios

El lugar que las estructuras ministeriales le han dado a las políticas sobre climaterio y/o menopausia varía en los 7 países analizados, siendo en algunos casos parte de programas más amplios de las mujeres o de SSR, y en otros forman parte de divisiones o unidades que abordan poblaciones específicas como adolescentes y/o madres dependientes de una dirección dentro de los ministerios. Salvo Brasil que según el último lineamiento identificado la política es encabezada por el Ministerio de las Mujeres, Igualdad Racial y Derechos Humanos; en el resto de los países la política es liderada por las carteras nacionales en salud.

Brasil inicia su recorrido dentro del Ministerio de Salud con el “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)” que luego pasa a llamarse “Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM)”, dependiente del Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas de la Secretaría de Atención en Salud del Ministerio de Salud. A partir del 2015 se identifica que el órgano rector de la PNAISM es el Ministerio de las Mujeres, Igualdad Racial y Derechos Humanos. En la actualidad ese Ministerio ha cambiado su nombre durante el gobierno del expresidente Jair Bolsonaro a Ministerio de la Mujer, Familia y Derechos Humanos.

En el caso de **Chile**, la política siempre ha estado dentro de la esfera de salud y del Programa Nacional de la Mujer, dependiente del Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

Para **El Salvador**, también la política ha sido concebida dentro del MSPAS, cabe recordar que en la actualidad no figura disponible ninguna política o norma dentro del portal web del Ministerio que dé a entender que existe un abordaje diferencial al respecto. La norma como tal data del año 2008 y fue encontrada en el portal web de la oficina de UNFPA El Salvador, por lo tanto, se desconoce el lugar que la política pueda ocupar en la actualidad en las agendas públicas del país. Dicho esto, es la Unidad de Atención Integral de la Mujer dependiente de la Dirección de regulación de la Dirección General de Salud del MSPAS, la estructura que contiene y promueve la norma en el 2008, y que no existe en la actualidad bajo ese nombre en el organigrama ministerial.

En **República Dominicana** el abordaje está dentro de una norma sobre como brindar consejerías en SSR, elaboradas por la División de Salud Materno Infantil y Adolescente de la Dirección de Salud de la Familia dependiente de la Dirección de Población del MSP.

En **Uruguay** la política se encuentra dentro del Programa Nacional prioritario Salud de la Mujer y Género dependiente de la Dirección General de la Salud del MSP.

Por último, **Venezuela** desarrolla la política en el marco del Programa Nacional de SSR dependiente de la Dirección General de Programas en Salud del despacho del Viceministerio de redes de salud colectiva del MPPS.

Proveedoras/es de salud

Promover abordajes del climaterio y/o la menopausia desde un enfoque de curso de vida, con perspectiva de género y con un fuerte énfasis en la APS, son denominadores comunes de casi todos los países que cuentan con una política al respecto. Sin embargo, no todos explicitan claramente como debe estar conformado el equipo de salud o quienes pueden intervenir para una atención de calidad. En algunos casos se reduce a la atención de especialistas debilitando la posibilidad de atención de personal no médico profesional y a veces con vínculos más estrechos con las mujeres como puede ser el caso de las/os/es parteras/os/es profesionales, enfermeras/os/es y/o psicólogas/os/ues.

Como se ha enfatizado desde el inicio del análisis de los países con políticas, **Chile** es en la actualidad el único país que cuenta con una norma específica vigente para abordar el climaterio y la menopausia de manera integral. Siendo sus orientaciones sumamente amplias, es a su vez, el único país que cuenta con un apartado puntual para las/os/es profesionales a quienes están dirigidos las orientaciones, así como la distinción entre aquellas/os/es que deben actuar en el primer nivel, y las/os/es que deben prestar servicios en el segundo y tercer nivel. En esta línea, propone un equipo interdisciplinario en APS que abarca a: matronas/es, nutricionistas, enfermeras/os/es, psicólogas/os/ues, asistentes sociales, kinesiólogas/os/ues, médicas/os/ques de atención primaria, generales, de familia, internistas, técnicas/os/ques de información estadística. Para el nivel secundario y terciario propone médicas/os/ques especializadas/os/es en ginecología, endocrinología, oncología, psiquiatría, geriatría; y matronas/es así como personal para recolectar y reportar datos al Ministerio.

Por su parte **El Salvador** en su guía del año 2008, explicita que la atención debe ser brindada por médicas/os/ques especialistas en ginecología o por generalistas capacitadas/os/es, y que las actividades de educación y entrega de información pueden ser operacionalizadas por “la enfermera, trabajadora social, o educadora que atiende los programas de salud sexual y

reproductiva realizarán las actividades de información, educación y comunicación a las mujeres en esta etapa” (Ministerio de Salud, 2008, p.27).

Panamá promueve “acciones esenciales propias de la atención integral de la mujer, que deben darse de forma rutinaria en toda consulta, sea ésta por médico general o especialista y que incluye acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud” (Ministerio de Salud, 2020, p.77).

En el caso de **Brasil** en ninguna de las 3 publicaciones disponibles se aclara que integrantes del equipo de salud deberían llevar adelante la atención de mujeres cis en etapas de climaterio y/o menopausia, o en las acciones prevención y promoción para otra etapa del curso de vida. La implantación del Sistema Único de Saúde (SUS) desde la década del 80´ con sus pro y contras ha dejado en manos de los municipios la organización de los servicios de salud en base a sus necesidades, posibilidades y prioridades, resaltando que los principios del SUS de universalidad, equidad e integralidad de los servicios deben ser el fin último por cumplir.

Venezuela describe en su norma sobre SSR de 2013 cómo se organiza el sistema de salud desde el Ministerio hasta el nivel primario. En referencia al recurso humano de cada nivel, detalla que para el nivel I se debe contar con personal capacitado en los temas de SSR, que pueden ser: auxiliar de medicina simplificada, promotora/r/e para la salud, un médica/o/que (opcional). En cuanto al tipo de capacitación que debe tener el personal, se menciona:

Capacitación básica y/o experiencia en el área, reconocida por instituciones académicas públicas o su equivalente. Conocimiento de las siguientes estrategias descritas en la primera parte de la presente Norma Oficial: 1. Promoción de la calidad de vida y salud 2. Abordaje de ciclo vital y proyectos estratégicos 3. Desarrollo de autonomía 4. Empoderamiento 5. Transectorialidad y redes sociales 6. Integralidad. 7. Transversalidad de enfoques: género, pueblos indígenas, territorios y clase social. Cualidades indispensables: 1. Actitud respetuosa y flexible 2. Capacidad para trabajar en equipo 3. Interés y preocupación por las necesidades de la población. (MPPS, 2013, p.82)

Por último, **Uruguay** enumera al inicio del capítulo de su Guía sobre SSR, el alcance de ésta y quién es el personal de salud destinataria/o/e siendo: asistentes sociales, educadoras/es; enfermeras/os/es, ginecólogas/os/ues, licenciadas/os/es en enfermería, médicas/os/ques de medicina familiar y comunitaria, médicas/os/ques de medicina general, nutricionistas,

psicólogas/os/ues, psiquiatras, tomadoras/es de decisiones (autoridades, directoras/es de servicio, etc.)

Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

En cuanto a la TRH y medicalización del climaterio y posmenopausia hay divergencias marcadas entre 2 países que abiertamente manifiestan y argumentan con evidencia científica los riesgos asociados a la TRH para las mujeres, y aquellos que, aunque no la priorizan como intervención, consideran que debe ser tenida en cuenta para aquellas situaciones que en base a criterios clínicos amerite la terapia.

Brasil y Uruguay y su argumentación en contra del abuso de la TRH

Uruguay aborda el tema desde la perspectiva de los síntomas vasomotores propios de un porcentaje alto de las mujeres que transitan el climaterio y menopausia. Aunque admite que ese porcentaje es alto, aclara que un porcentaje menor requerirá una consulta o tratamiento. No niega la provisión de TRH, pero sugiere que:

Pese al estudio WHI, la Carta Médica del 2004 (...) y otra revisión sistemática del estrógeno contra el placebo en el tratamiento de accesos repentinos de calor concluyó que ningún agente terapéutico era tan eficaz como el estrógeno (...). Esta información permite mantener a los estrógenos como arma terapéutica de segunda elección, en aquellas mujeres que no mejoran con los tratamientos (comportamentales, alternativas y/o farmacológicos) indicados en primera instancia. Dado los conocimientos actuales, se debe informar a la mujer los riesgos que corre al optar por esta medicación, y la dosis suministrada deberá ser la menor posible, la menor cantidad de tiempo posible. (MSP, 2009, p.27).

Por su parte, **Brasil** aclara que los síntomas vinculados al climaterio y menopausia pueden ser debidos al desequilibrio hormonal que comienza a producirse en esa etapa pero que también hay otras razones como el estilo de vida llevado adelante hasta ese entonces, y otros cambios propios de esas edades que también pueden influir en la salud integral de las mujeres más allá del climaterio y menopausia en sí. Además, critica el abuso en la medicalización de los cuerpos de las mujeres, y explicita que:

Por falta de consenso na literatura sobre a terapia de reposição hormonal (TRH), recomenda-se que alguns cuidados sejam observados na prescrição desses medicamentos, mesmo nas mulheres consideradas saudáveis: limitar o uso de hormônios àquelas mulheres que apresentam sintomas resistentes a tratamentos mais inofensivos; realizar exame das mamas e região pélvica antes e durante de qualquer tratamento hormonal; não adotar a TRH para mulheres que tenham tendência a problemas de coagulação, trombose, hipertensão arterial, doenças do coração e taxas elevadas de colesterol. Não se recomenda também a TRH por um longo período, para prevenir o envelhecimento, como é prescrita comumente no nosso meio (Ministério da Saúde, 2004, p.44).

El resto de los países abordan la TRH desde otras perspectivas, por ejemplo, **Chile**, recomienda aplicar la encuesta autoadministrada Menopause Rating Scale (MRS) que deben completar todas las mujeres consultantes de entre 45 y 65 años. Esta escala permite conocer síntomas subjetivos evaluados por las propias mujeres que van de la escala del 0 al 4, siendo 0 ausencia de síntomas y 4 síntomas muy severos. Aquellas mujeres con un puntaje igual o superior a 15 en el total, deben ser tratadas de manera urgente y necesaria. En esta línea, la TRH puede ser prescrita y/o recomendada, y la mujer bajo tratamiento debe asistir a un control cada 6 meses para evaluación general.

En el caso del **El Salvador**, la THR es considerada como el “estándar de oro, para el alivio de los síntomas de la menopausia, y debe utilizarse en aquellas mujeres que presenten sintomatología climatérica de moderada a severa” (MSPAS, 2008, p.33). Se hace la aclaración que esta terapia no debe ser recomendada en mujeres con antecedentes de cánceres de mama, tromboembolismo o eventos cerebrovasculares, y que llegado el caso la TRH no debería superar los 5 años de administración, posteriormente se debe evaluar el correspondiente riesgo beneficio de la misma.

Panamá por su parte, no recomienda la TRH sin indicación clara y una evaluación individualizada. Detalla cuáles son esas indicaciones y qué tipo de TRH hay disponibles. Hace algunas advertencias respecto a la complementación o no de diferentes hormonas según indicación, y por último enumera las situaciones en las cuales está contraindicada.

Para **Venezuela** la TRH aparece nombrada como una intervención más de las tantas que enumeran de manera general en las actividades a realizar por parte del personal profesional en la primera consulta y revisión del tratamiento en consultas posteriores. Sin embargo, al final de ese apartado, tiene una sección denominada Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS) donde

detalla que “las mujeres candidatas a recibir THS deben ser cuidadosamente estudiadas. Esto incluye consideración de factores de riesgo, examen ginecológico y cardiovascular, mamografía de alta resolución y pruebas de laboratorio pertinentes. Por estas consideraciones, la THS no debe ser automedicada” (MPPS, 2013, p.191). Luego continúa con el protocolo de tratamiento, indicaciones y disponibilidad de THS, posología y formas de administración.

Finalmente, **República Dominicana**, en su guía de consejería en SSR del año 2019, destaca las intervenciones de promoción para una vida saludable, como la alimentación acorde y rica en estrógenos y calcio, y la actividad física. A pesar de que menciona que puede haber sintomatología que no disminuya con estas alternativas, sugiere en esos casos particulares derivar a servicios de mayor complejidad para evaluar la TRH.

5.4 Categorizar el lugar ocupado por las políticas públicas actuales en salud sobre climaterio y/o menopausia a partir del grado de visibilidad de las mismas en la comunicación pública ministerial en *portales oficiales*.

Cómo ya se ha expresado a lo largo de este trabajo, las fuentes de información han sido los portales oficiales de los ministerios de salud de los 19 países seleccionados, complementando con los portales de UNFPA y OPS locales. **La búsqueda se inició el 9 de abril de 2022 para Argentina, siguiendo el orden alfabético de los países analizados, siendo la última búsqueda el 28 de agosto de 2022 para Uruguay.** En el anexo 1 se dispone de la información recabada al respecto para los 19 países con mayor precisión en la fecha de búsqueda para cada uno. Como se detalló en la sección sobre metodología, las categorías definidas para el análisis del grado de visibilidad de las políticas en la comunicación pública fueron tres:

1. **Intuitividad del portal web** desde la perspectiva del usuario/a/o/e. Referida como la posibilidad de navegar por un portal web y acceder a la información o solicitud que se está realizando sin tener que pensar demasiado ni perder mucho tiempo en la búsqueda. Un portal web es intuitivo cuando es auto explicativo y posee en la página central (homePage) elementos que se destacan claramente y ayudan en la navegación. **Para esta categorización, se utilizó la numeración del 1 al 10 para consignar si la página es nada intuitiva (1) a muy intuitiva (10);**
2. **Tiempo dedicado a la búsqueda**, entendido como el tiempo utilizado desde el inicio de la búsqueda en el portal web de la institución hasta obtener la información que se busca o dar por finalizada la misma. Como el tema indagado está poco desarrollado, se

consideró también el tiempo utilizado para aquellos portales de países que no cuentan con políticas y/o información al respecto, pero que hasta dar por sentado que eso era correcto se navegó en todas las opciones disponibles y vinculadas con el tema hasta el momento de dar por finalizada la búsqueda;

3. Destinatarias/os/es de la información presente en el portal web ministerial, portal de OPS y portal de UNFPA, se refiere a las/os/es destinatarias/os/es de la información disponibles en los portales web, pudiendo ser por el tipo de portales consultados: equipos de salud; decisoras/es de políticas públicas, y/o población en general.

Para hacer más simple la situación al respecto de los 7 países que cuentan con alguna política sobre climaterio y/o menopausia, se presenta una tabla comparativa con los resultados para las 3 dimensiones analizadas para los portales de los ministerios de salud, así como de UNFPA y OPS de cada país. A su vez, se utilizarán los colores del semáforo para las dimensiones sobre intuitividad y tiempo. Siendo para el caso de la primera categoría, rojos aquellos portales que reciben una puntuación de 1 a 3; amarillos de 4 a 6; y verdes de 7 a 10. En el caso del tiempo dedicado, los colores serán: verde para una duración de la búsqueda menor o igual a 30 minutos; amarillo para una duración de entre 30 y 60 minutos; y rojo para una duración superior a los 60 minutos.

Tabla 1

Presentación de las categorías analizadas por país con relación al grado de visibilidad de las políticas públicas en portales oficiales de ministerios de salud, UNFPA y OPS.

| PAÍSES | CATEGORÍAS | FUENTES | | |
|----------------------|-------------------------------|---|----------------------|--|
| | | Ministerio de Salud | UNFPA | OPS |
| BRASIL | El portal web es intuitivo | 1 | 9 | 3 |
| | Tiempo dedicado a la búsqueda | 2 horas | 10 minutos | 40 minutos |
| | A quién está dirigida | Equipos de salud, decisoras/es y población en general | Población en general | Equipos de salud, decisoras/es, investigadoras/es. |
| CHILE | El portal web es intuitivo | 9 | 9 | 3 |
| | Tiempo dedicado a la búsqueda | 5 minutos | 6 minutos | 20 minutos |
| | A quién está dirigida | Equipos de salud y decisoras/es. | Población en general | Equipos de salud, decisoras/es, investigadoras/es. |
| EL SALVADOR | El portal web es intuitivo | 7 | 9 | 6 |
| | Tiempo dedicado a la búsqueda | 45 minutos | 6 minutos | 15 minutos |
| | A quién está dirigida | Equipos de salud, decisoras/es y población en general | Población en general | Equipos de salud, decisoras/es, investigadoras/es. |
| PANAMÁ | El portal web es intuitivo | 6 | 9 | 7 |
| | Tiempo dedicado a la búsqueda | 30 minutos | 5 minutos | 25 minutos |
| | A quién está dirigida | Equipos de salud, decisoras/es y población en general | Población en general | Equipos de salud, decisoras/es, investigadoras/es. |
| REPÚBLICA DOMINICANA | El portal web es intuitivo | 5 | 9 | 7 |
| | Tiempo dedicado a la búsqueda | 50 minutos | 5 minutos | 15 minutos |
| | A quién está dirigida | Equipos de salud, decisoras/es y población en general | Población en general | Equipos de salud, decisoras/es, investigadoras/es. |
| VENEZUELA | El portal web es intuitivo | 4 | 9 | 7 |
| | Tiempo dedicado a la búsqueda | 1 hora y media | 5 minutos | 15 minutos |
| | A quién está dirigida | Equipos de salud, decisoras/es y población en general | Población en general | Equipos de salud, decisoras/es, investigadoras/es. |
| URUGUAY | El portal web es intuitivo | 4 | 9 | 7 |
| | Tiempo dedicado a la búsqueda | 15 minutos | 5 minutos | 20 minutos |
| | A quién está dirigida | Equipos de salud, decisoras/es y población en general | Población en general | Equipos de salud, decisoras/es, investigadoras/es. |

Nota: Elaboración propia.

5.4.1 Principales resultados

Para claridad del análisis, se describirán primero los resultados vinculados a los portales de los dos organismos de Naciones Unidas que trabajan en los 19 países seleccionados en temáticas vinculadas a la salud, y puntualmente a la salud sexual y reproductiva (OPS y UNFPA). Posteriormente se analizarán los portales oficiales de los Ministerios de Salud de los 7 países que cuentan con políticas sobre climaterio y/o menopausia.

Portales de OPS y UNFPA

Como presentación inicial se puede afirmar que, salvo algunos países, los portales de OPS y UNFPA mantienen un formato similar en su estructura lo que hace más fácil a la persona que está navegando poder pasar de un país a otro y ya estar familiarizada/o/e con las dimensiones que contienen. En el caso de UNFPA, se debe reconocer que esta estructura es igual en todos los países analizados, y la página de inicio es bien sencilla. Presenta siempre 6 pestañas en la parte superior, una imagen central y por debajo últimas noticias e información de la redes sociales y vacantes disponibles. La información requerida para dar con publicaciones sobre la temática abordada en este estudio está siempre en la pestaña superior, llamada “últimas noticias”. Al parar el cursor ahí se despliegan de 3 a 5 opciones (es la única variación según el país), pero la búsqueda debe realizarse siempre en la opción “Publicaciones”. Una vez se cliquee en esta opción, se abre una nueva ventana donde se da la posibilidad de buscar por título; área temática (contiene desplegable); o año (contiene desplegable).

Respecto a OPS, como se describió con anterioridad, aunque mantiene una estructura corporativa y de imagen al igual que UNFPA a lo largo de los países, puede variar en cuanto a la información inicial que se encuentra la persona respecto de un país a otro, así como la ausencia de algunas ventanas. En general, la mayoría de los países tienen en su inicio una narrativa que describe las características poblacionales y geográficas del territorio, y continúan con la labor y antigüedad de OPS en el mismo. Luego presentan ventanas con acceso a información sobre el COVID-19, recursos y boletines (pueden variar bastante según el país). Se debe seguir hacia abajo para dar finalmente con la opción que nos llevará a las publicaciones del país denominada “Productos científicos y técnicos” donde figuran, a modo de ventanas, las últimas publicaciones disponibles. Se debe seleccionar la opción “Ver todos los documentos” para amplificar la búsqueda a través de filtros como: título, tipo (tiene desplegable), tema (tiene desplegable), y país (tiene desplegable). También se le puede agregar un rango de fechas.

En cuanto a la dimensión sobre a quién está dirigido el portal web, se debe diferenciar que UNFPA ofrece información asequible para toda la población que pueda estar interesada en los temas de su mandato, más allá de los productos técnicos, hay información y noticias dirigidas a la población en general. Por su parte, OPS, por el tipo de estructura que tiene el portal, si bien pone a disposición información y recursos que puedan ser de interés para la población en general, define un perfil de usuario/a/o vinculado a equipos de salud, o personas en puestos de decisión, o personas con perfiles académicos.

A modo de conclusión para este análisis, ambos portales tienen la ventaja de ser parte de organizaciones globales, y que de alguna manera sostienen una imagen corporativa unificada a lo largo de los países y regiones. En el caso de UNFPA, esto se cumple para todas las regiones y países. En el caso de OPS, es todavía un poco disímil según el país, lo que puede enlentecer la búsqueda. Claro que hoy, conociendo que las publicaciones están en la opción de “Productos científicos y técnicos” y que se puede filtrar por país, se pueden realizar todas las búsquedas sin necesidad de ingresar a la página de inicio de cada país. Sin embargo, para los fines de esta tesis, fue necesario ingresar al portal de cada uno de los países para identificar la intuitividad y cuánto tiempo se demoraba en llegar a algún resultado fuera satisfactorio o no. Para ello, fue necesario navegar país por país y tener la visión completa.

Portales de los ministerios de salud

En línea general, casi todos los países que tienen alguna política sobre climaterio y/o menopausia evaluados en este capítulo, han recibido una puntuación para las primeras dos dimensiones que los ubica en los colores amarillos y verdes, siendo Brasil la excepción habiendo recibido una puntuación que lo ubica en un color rojo tanto para la dimensión de intuitividad como para la de tiempo dedicado a la búsqueda. A continuación, se analizarán las 3 dimensiones por separado.

Intuitividad de los portales web de los 7 ministerios de salud con políticas sobre climaterio y/o menopausia.

Para recordar, **la intuitividad del portal web** desde la perspectiva de la/el/le usuario/a/o/e, se refiere a la posibilidad de navegar por un portal web y acceder a la información o solicitud que se está realizando sin tener que pensar demasiado ni perder mucho tiempo en la búsqueda. Un portal web es intuitivo cuando es auto explicativo y posee en la página central (*Homepage*) elementos que se destacan claramente y ayudan en la navegación. Para esta categorización, se utilizó la numeración del 1 al 10 para consignar si la página es nada intuitiva

(1) a muy intuitiva (10). A su vez, se sumó la categorización por colores del semáforo vinculados al puntaje obtenido, siendo rojo para una valoración del 1 al 3, amarillo del 3 al 6, y verde del 7 al 10.

Brasil ha sido el único país cuya valoración respecto a la dimensión analizada fue de 1, y por ende, color rojo. El portal del Ministério da Saúde de Brasil es una página de todas las instituciones de gobierno. La página exclusiva del Ministerio cuenta en la parte superior con una barra que dice "o que voce procura?", luego en la parte central aparecen publicadas las últimas noticias vinculadas a salud y al ministerio. Si se comienza a bajar, hay un sector de "acceso rápido" con 8 pestañas, luego vienen los destacados con 5 ventanas, y por último las secretarías con 8 pestañas representando cada una de ellas. La información en cada pestaña es tanta y a su vez tan diversa, que da la sensación todo el tiempo que el organismo es inabarcable.

En lo que respecta a la búsqueda que se efectuó con los fines de dar con la política sobre climaterio y/o menopausia, fue extremadamente desafiante, ya que no hubo forma de dar con la secretaría u organismo a cargo de la misma. Por ende, se realizaron búsquedas de publicaciones y/o normas en casi todas las pestañas disponibles, con resultados no satisfactorios. Las publicaciones en textos académicos eran de conocimiento previo a la búsqueda, sabiendo que Brasil contaba con una política al respecto, pero desafortunadamente, no pudo ser hallada a través del portal oficial. Las publicaciones de 1984, 2004, y 2016 aparecieron a partir de una búsqueda en Google. Tampoco fueron identificables en los portales de UNFPA y OPS, a pesar de que la publicación de 2016 cuenta con el apoyo de ambas instituciones.

Panamá, República Dominicana, Venezuela y Uruguay son los países que dada su puntuación recibieron el color amarillo. Ocupando un lugar intermedio desde la perspectiva del usuario/a en la intuitividad de sus portales. Por su parte, **Panamá** tiene un portal cuyo diseño no es muy actualizado, con letras pequeñas y colores varios. Presenta en el margen superior el acceso a 7 pestañas, tiene 2 de interés para la búsqueda, "programas y proyectos", y la otra "información en salud". Eligiendo la primera opción, se debe seleccionar en el desplegable la opción "programas". Entre los 25 programas existentes, hay 2 que son de interés, el de "salud del adulto" y el de "salud sexual y reproductiva". Se debe seleccionar la opción de SSR y clicar sobre la opción "todos los archivos", así salen enlistados los protocolos, guías, normativas del programa, y la política buscada.

República Dominicana cuenta con un portal moderno, de colores claros con destacados en azul y rojo. En el margen superior cuenta con 6 pestañas, en el cuerpo de la página hay últimas noticias, enlaces de interés y acceso a otros temas y fuentes de información. No hay una

pestaña específica sobre programas y/o direcciones, por lo que en la búsqueda inicial se elige la pestaña “sobre nosotros” y en el desplegable la opción “áreas instrumentales”, pero al abrirse no permite verla en su totalidad, por lo que hay que ir hasta el “mapa del sitio” y buscar nuevamente “áreas instrumentales”. Aparece una opción viable llamada “salud colectiva” que conduce a una página donde especifica el propósito del área y las direcciones a cargo, aunque no hay nada vinculado a la búsqueda. Toda la modernidad y sobriedad del portal se diluye con la búsqueda sin resultados favorables. Finalmente, retomando el menú de inicio, se debe navegar por el cuerpo de la página e ir a la ventana “repositorio institucional”, donde a partir de la búsqueda por palabras clave aparece la publicación vinculante.

Venezuela tiene un portal ajustado en su tamaño (pequeño en su ancho comparado con los otros países) con mucha información y colores que distraen a la hora de buscar algo. Cuenta en el margen superior con 8 pestañas, de las cuales una se denomina “direcciones” que al seleccionarla arroja el error “forbidden 403”. Al volver al menú de inicio se selecciona la pestaña “ministerio”, y se despliegan varias opciones, entre ellas los 5 viceministerios existentes, pero ninguno contiene información que oriente la búsqueda de la política. Al buscar documentos y normas, se elige la pestaña de “sistemas” ya que en el desplegable está la opción “documentos y normativas”, pero están todas vinculadas al manejo del COVID-19. Se vuelve al desplegable de la pestaña “sistemas” y al seleccionar la opción “biblioteca” arroja la leyenda que no se puede conectar. Al continuar la búsqueda por un rato más, se obtienen mensajes como “404 not found”. Por último, la política es encontrada en el portal de UNFPA Venezuela, en una publicación realizada con el apoyo además de OPS y UNICEF, pero solo está disponible en el portal de UNFPA.

Uruguay cuenta con un portal sencillo con predominancia del blanco y azul. Cuenta con en el margen superior con 5 pestañas, y por encima una barra buscadora, bien visible. De las 5 pestañas de inicio, se elige la opción “políticas y gestión”, se despliega un menú con 9 opciones, se selecciona la opción “áreas y programas de salud”, que conduce a una página con 16 ventanas que dan acceso a programas o áreas. En principio hay 2 de interés: “salud sexual y salud reproductiva”, y “adulto mayor”. Se debe seleccionar la primera opción e ir a “noticias referidas al programa” escrito en letra muy pequeña y poco identificable como un repositorio de documentos, pero es ahí donde se puede encontrar la “Guía de atención de la mujer en climaterio” del año 2009.

Los únicos 2 países que obtuvieron el color verde por su puntuación fueron Chile y El Salvador. **Chile** al igual que otros portales ya visitados presenta en su página inicial mucha información sobre COVID-19 para diferentes destinatarias/os/es. Es un portal con letra

pequeña, presenta 6 pestañas en su encabezado, en las cuales al parar el cursor encima se despliegan las opciones disponibles. De todas las pestañas, la última, denominada “Protección salud” tiene entre sus temas “salud de la mujer”, que lleva a una página donde se presentan listadas publicaciones sobre guías, protocolos y normas emitidas por el ministerio sobre salud de la mujer. Las primeras hacen referencia a la SSR de la mujer, y rápidamente aparecen las orientaciones técnicas sobre climaterio.

En cuanto al portal de **El Salvador**, este parece haber sido recientemente actualizado en su diseño porque es moderno, sencillo y ordenado. Consta de un margen superior como todos los portales con varias pestañas. Luego los protagonistas del resto de la página son imágenes de equipos de salud, funcionarias/os/es y población en general. Le siguen bajo el encabezado “avisos importantes” 3 ventanas sobre problemáticas emergentes del contexto: como la época de huracanes y/o el COVID-19. Luego bajo el encabezado de “noticias” 6 ventanas con imágenes, y por último 4 pestañas simples para acceder a descargas, programas, videos y avisos. A pesar de ser uno de los portales más modernos en su diseño, las diferentes búsquedas se frustraron y no condujeron a ningún resultado exitoso. Por lo tanto, en el portal de UNFPA El Salvador es donde se encuentra la norma sobre climaterio y/o menopausia emitida por el Ministerio de Salud a través de su unidad de Atención Integral de Salud de la Mujer, dependiente la Dirección General de Salud (ninguna existe hoy en el organigrama institucional vigente al 21 de agosto de 2022) en el 2008. A pesar de no contar con un resultado favorable en la búsqueda dentro del portal, la puntuación 7 se da por su diseño actualizado y sencillo.

Tiempo dedicado a la búsqueda en los portales web de los 7 ministerios de salud con políticas sobre climaterio y/o menopausia.

Para recordar, el **tiempo dedicado a la búsqueda**, es entendido como el tiempo utilizado desde el inicio de la búsqueda en el portal web de la institución hasta obtener la información que se busca o dar por finalizada la misma. En el caso del tiempo dedicado, los colores serán: verde para una duración de la búsqueda menor o igual a 30 minutos; amarillo para una duración de entre 30 y 60 minutos; y rojo para una duración superior a los 60 minutos.

Dentro de los países que obtuvieron el **color rojo** (tiempo dedicado igual o mayor a 60 minutos) se encuentran **Brasil y Venezuela**. Ambos países se caracterizaron por tener portales poco intuitivos, con demasiada información en un orden poco claro que impidió dar con el hallazgo de la política existente a través de estos. En el caso de Brasil, el tiempo dedicado a la búsqueda hasta darla por finalizada fue de 120 minutos, siendo el país que más tiempo insumió en esa instancia, seguido por Venezuela con 90 minutos.

El grupo de países con una puntuación que los colocó en el **color amarillo** (tiempo de búsqueda mayor a 30 minutos y menor a 60 minutos) está conformado por **El Salvador y República Dominicana**. Ambos son los países que presentan los portales ministeriales más modernos en su diseño desde la mirada subjetiva del usuario/a. Sin embargo, esto no los convirtió en portales intuitivos a la hora de realizar la búsqueda de la política. La razón puede estar en la falta de una estructura lógica en la organización de estos. En el caso de El Salvador, como ya se ha mencionado, la política no ha sido accesible a través del portal ministerial sino a través de la web de UNFPA El Salvador. La búsqueda sin resultados positivos llevó 45 minutos. Para República Dominicana la búsqueda se extendió por 50 minutos arrojando un resultado exitoso finalmente.

Dentro de los países verdes (tiempo de búsqueda igual o menor a 30 minutos) se hallan **Chile, Panamá y Uruguay**. Se puede decir que los 3 portales son sencillos, y con diseños poco actualizados, pero las lógicas en sus estructuras han hecho que el tiempo invertido en la búsqueda sea breve. Chile es sin dudas el portal más intuitivo llevando sólo 5 minutos el dar con la política. Le sigue Uruguay cuya búsqueda duró aproximadamente 15 minutos, y por último Panamá, con una duración de 30 minutos.

Destinatarias/os/es de los portales web de los 7 ministerios de salud con políticas sobre climaterio y/o menopausia.

Todos los portales ofrecen información para equipos de salud, decisoras/es, y población en general. La forma en que esa información se vuelve accesible para cada grupo varía. En general se encuentra dirigida a la población en general en la página de inicio, encontrando mensajes, recomendaciones y estadísticas relacionada con la pandemia por COVID-19.

Pero hay también información interesante y necesaria para la población en general que está presente dentro de pestañas ya más específicas y de difícil acceso para alguien que no navega normalmente en estos portales, lo que lleva a la pregunta si realmente los portales oficiales, en este caso de políticas en salud, están orientados a la población en general. Incluso si estuvieran más orientados a equipos de salud, tampoco comportan en muchos casos, una lógica organizacional que se replique en los servicios y centros de salud. Lo que lleva a concluir que son portales que cambian por lo menos en sus organigramas y estructura, cada vez que hay cambios en los ministerios, y que eso los vuelve accesibles para personas con puestos de decisión fuertemente ligados a esos ministerios. En síntesis, la información pública que debería ser ante todo de fácil acceso se vuelve inaccesible y por momentos encriptada.

6. CONCLUSIONES

Después de este recorrido que permite contar con un acercamiento inicial a la temática de salud sexual y posreproductiva con foco en políticas sobre climaterio y/o menopausia en América Latina y el Caribe, queda claro que hay mucha información para ampliar por el carácter poco explorado y a su vez novedoso de este trabajo.

En cada uno de los capítulos se han abordado diferentes dimensiones que han ampliado la mirada sobre el objetivo principal de esta tesis que ha sido: identificar, describir y reflexionar sobre las políticas públicas en salud sobre climaterio y/o menopausia en el contexto actual, en 19 países de la región desde un enfoque de género y curso de vida.

A partir de estos primeros resultados, se observa que las mujeres y su salud sexual no son una prioridad en las políticas públicas al momento de comenzar a transicionar la etapa donde se detiene la capacidad de gestar o se finalizan los ciclos menstruales. El climaterio y/o la menopausia, salvo algunas excepciones, como es el caso de Chile con una norma exclusiva para el abordaje del tema, no figuran más que dentro de capítulos de guías sobre salud sexual y reproductiva o consejerías, o estrategias de programas de salud de la mujer, incluyendo por supuesto otros abordajes como la salud materna, la anticoncepción y la fecundidad.

Sin embargo, vale la pena destacar que, a pesar de estas limitaciones, hay 7 países de los 19 analizados que con mayores o menores avances, han realizado algún esfuerzo en las últimas tres décadas para que este tema estuviera en la agenda pública o por lo menos, estuviese delineada la norma. En los 12 países restantes no se logró identificar, a partir de las fuentes consultadas, avances al respecto lo que evidencia otro de los cuellos de botella, al analizar cuál es el grado de visibilidad que tienen éstas políticas en los portales web oficiales, y considerar ¿dónde están las mujeres que atraviesan el climaterio en la comunicación de las políticas públicas en salud?

A su vez, surgen otros interrogantes como ¿por qué países de la región que por su carácter conservador se resisten a abordar los derechos sexuales y derechos (no) reproductivos, no han avanzado en políticas vinculadas al climaterio y/o menopausia que implican poca inversión y poco costo político en términos de DSDR? Y en los países que sí lo hacen o lo han hecho ¿por qué están tan poco difundidas y promovidas siendo que las prácticas comunicativas contemporáneas (aplicaciones, redes digitales, entre otras) facilitan la difusión de contenidos de políticas públicas?

Cada uno de estos interrogantes están vinculados y las respuestas que se pueden construir a partir del análisis realizado, evidencian la heterogeneidad, inestabilidad y fragilidad

política presente a lo largo del tiempo en la región. Las continuidades y discontinuidades vinculadas a los 7 países con políticas sobre climaterio y/o menopausia, evidencian cierta falta de gobernanza e institucionalidad en los ministerios involucrados, con cambios de programas, planes y direcciones a lo largo del tiempo, que hacen poco tangible y visible a la política concretamente.

Aunque estos países acuerdan que la APS es la mejor estrategia para operacionalizar las políticas, luego no hay consenso sobre cuánta relevancia o no se le debe dar a la TRH, que dado el impacto positivo o negativo que puede tener en la vida de las mujeres, debería ser una intervención revisada año a año a la luz de la última evidencia científica disponible. Cabe resaltar que falta información sobre el tema, que las investigaciones y generación de evidencia al respecto es escasa, y en nuestra región ha ido mermando sobre todo en la última década. En una publicación hecha recientemente por el New York Times, titulada “Silent suffering” (Jackson, 2023), se destaca que si hay algo que ha aprendido la medicina es a minimizar el sufrimiento de las mujeres, y que por lo tanto la TRH y el conocimiento sobre sus beneficios y contraindicaciones siguen siendo insuficientes o han dejado de investigarse a partir de los resultados obtenidos hace dos décadas dónde se concluyó que las contraindicaciones son mayores a los beneficios.

Traer esta información en las conclusiones de esta tesis, hace repensar a la TRH desde otra óptica y a su vez deja latente la sensación de seguir nadando en aguas desconocidas. Pero pone nuevamente el lente sobre la falta de producción académica al respecto, y sobre todo investigaciones que no sean mayoritariamente médicas y que puedan sumar aspectos cualitativos a partir de testimonios y entrevistas. Todo lo antes dicho, obliga a retomar el interrogante básico del por qué, que encuentra respuestas en mucha de la información identificada y analizada en esta tesis.

Este trabajo de identificación y análisis de políticas que abordan el climaterio y/o menopausia demuestra que el costo de inversión que tiene un país que decide incluir la norma, es mínimo. Todos los países analizados con políticas al respecto han desarrollado la norma para ser aplicada desde la APS; también han demostrado que de momento no se requiere un personal de salud altamente especializado, sino equipos que puedan ir orientando y acompañando a las mujeres según sus necesidades. Si la norma además cuenta con perspectiva de género y con un enfoque de curso vida que sea verdaderamente longitudinal en toda la política en salud de las mujeres; las niñas y adolescentes deberían recibir información adecuada a su edad sobre esta etapa de la vida que transicionarán en algún momento, posibilitando la agencia y autonomía al momento de cuidar su salud y prevenir factores de riesgo. Las mujeres adultas más allá de la

posibilidad de gestar o no, enfrentarían los cambios que puedan experimentar con mayores herramientas para buscar la atención y tratamiento que mejor se adapte a sus vidas o simplemente modificar hábitos que aporten a su bienestar general. El envejecimiento poblacional, también debería ser otro argumento sólido para que los países consideraran la incorporación de estas políticas en sus carteras de salud, evitando complicaciones posteriores y que requieren mayor inversión que una política de prevención.

Sin embargo, el tema no está en agenda, y parte del análisis respecto a la visibilidad de estas políticas en los portales ministeriales, demuestra que además de no ser accesibles a simple vista, en algunos casos están encriptadas o directamente no disponibles en formatos digitales. Salvo Brasil, que plantea un componente de monitoreo y evaluación de la política en el 2016, pero de la cual no se tiene conocimiento en la actualidad sobre su implementación, los 6 países restantes no explicitan herramientas que recolecten datos y evalúen implementación, resultados y en última instancia impacto. Por último, las tensiones históricas propias del campo de la SSR y derechos es un argumento que no se sostendría por sí sólo por parte de los gobiernos de turno para incorporar este tipo de políticas ya que no deberían de tener ningún impacto negativo en los grupos más conservadores.

Sin duda, la escasa proliferación de políticas al respecto en nuestra región evidencia el lugar que siguen ocupando las mujeres en la agenda pública en salud, donde el orden de género las coloca de manera poco inocente en el lugar de personas con capacidad de gestar, reproducir, cuidar y criar. Todo lo que sucede antes y después en sus vidas queda en el lugar difuso de las políticas para niñas hasta los 5 años, políticas en salud para adolescentes con preeminencia del grupo de 15 a 19 años; y políticas en salud, de existir, para adultos/as mayores de 65 años.

Con el fin de aportar información en este tema, que posibilite el diálogo y la reflexión crítica. Queda claro que aún hay mucho camino por recorrer, investigar, generar, medir y analizar.

7. REFERENCIAS

- Aldana Calva, E. y Cervantes Álvarez, G. (2021). Disfunciones y trastornos sexuales en mujeres en climaterio: pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 563-587. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497870463007>
- Almendros, L. S., (2017). Las “mentiras” científicas sobre las mujeres. S. García Dauder y Eulalia Pérez Sedeño. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS*, 12(36), 223-227. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92453494011>
- Álvarez Ossa, L. (2021). Estudios de cuerpos y corporalidades en Chiapas: una respuesta a las limitaciones de la categoría género en el estudio de las realidades interseccionadas de las mujeres. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, 19(1), 257-260. doi: <https://doi.org/10.29043/liminar.v19i1.810>
- Beltrán G., Óscar A. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20(1), 60-69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337729264009>
- Berriel, F.: Pica, C. y Zunino, N. (2017). Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas. *Psicoperspectivas*, 16(1),7-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171050068002>
- Bonder, G. (1998). Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En: *Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG). Chile: Universidad de Chile.
- Buzzo Feltrin, R. y Velho, L. (2016). Representacoes del corpo femenino na menopausa: estudo etnografico em um hospital-escola Brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 22, 148-174. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.07.a>
- Castillo Vargas, A. y Chinchilla Badilla, I. (2013). El ejercicio de la violencia simbólica en la atención en salud de mujeres en edad mediana que experimentan la menopausia: principales resultados de una encuesta cap. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 2(140), 47-72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15329874004>
- Castro, R. & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca, México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Recuperado de

http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/mx/mx-020/index/assoc/D12772.dir/pdf_1464.pdf

Centers for Disease Control and Prevention [Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos]. (2018). Data Collection Methods for Evaluation: Document Review. *Evaluation Briefs* 18. Recuperado de <https://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief18.pdf>

Chapman, E.; Ramos, S.; Romero, M. y Sciurano, G. (Coord.) (2022). *Diagnóstico rápido de los determinantes y factores contribuyentes al aumento de la mortalidad materna y perinatal durante la pandemia de COVID-19 en la región de América Latina y el Caribe. Informe ejecutivo*. Plan Estratégico del Fondo de Población de las Naciones Unidas; Centro de Estudios de Estado y Sociedad; United States Agency for International Development; Momentum. Recuperado de: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4704>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Montevideo. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/S20131037_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019a). Estados miembros. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/acerca/estados-miembros>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019b). Informe regional sobre el examen de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing en los países de América Latina y el Caribe a 25 años de su aprobación. Santiago. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44959/S1900912_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes. Santiago. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45032/S1900723_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2021a). Etapas del proceso de envejecimiento demográfico de los países de América Latina y el Caribe y desafíos respecto del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/enfoques/etapas-proceso-envejecimiento-demografico-paises-america-latina-caribe-desafios-respecto>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2021b). Leyes de salud sexual y reproductiva en América Latina. Recuperado de https://oig.cepal.org/sites/default/files/c2100784_web.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Tendencias de la población de América Latina y el Caribe: efectos demográficos de la pandemia*. Santiago: Observatorio Demográfico. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48488/S2200706_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. UNFPA. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/publications/programa-de-accion-de-la-conferencia-internacional-sobre-la-poblacion-y-el-desarrollo>
- Fortich Mesa, N. (2013). Revisión sistemática o revisión narrativa? *Revista Ciencia y Salud Virtual*, 5(1), 1-4. <https://doi.org/10.22519/21455333.372>
- Guzmán, V. y Montaña, S. (2012). Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010). *CEPAL Serie Mujer y Desarrollo*, 118. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5847>
- Jackson, L. (05 de febrero de 2023). Silent suffering. *New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2023/02/05/briefing/menopause-women-science-hormone-therapy.html>
- Lenza Crema, I.; De Tilio, R. y De Assis Campos, M.T (2017). Repercussões da menopausa para sexualidade de idosas: revisado integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 753-769. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003422016>
- Ley 27.610. Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Publicada en el Boletín Oficial, 15 de enero de 2021. Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>
- Lois, I. (2013). *Políticas públicas de comunicación sobre salud de la mujer: Acciones comunicacionales sobre salud materna, sexual y reproductiva. Un abordaje desde la perspectiva de género* (tesis de maestría). FLACSO, Argentina.
- Manzali de Sá, I., (2012). “Fito-hormônios”: ciência e natureza no tratamento do climatério. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 22(4),1503-1522. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838259013>

- Ministério da Saúde do Brasil (2004). *Política Nacional Da Saúde Da Mulher. Princípios e Diretrizes*. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (2014). *Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS)*. Santiago de Chile. Recuperado de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/OTCLIMATERIOinteriorValenteindd04022014.pdf>
- Ministerio de Salud de la República de Panamá (2020). *Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer*. República de Panamá. Recuperado de https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/normas_ta_ssr_minsa_preview.pdf
- Ministerio de Salud Pública de República Dominicana (2019). *Guía de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Santo Domingo, República Dominicana. Recuperado de <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1514/978994559170.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Guia%20Atencion%20de%20la%20Mujer%20en%20Climaterio%202009.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (2008). *Guía de atención clínica del climaterio y la menopausia*. El Salvador: Fondo de Población de Naciones Unidas. Recuperado de <https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CLIMATERIO%20FINAL1.pdf>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013). *Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*. Caracas, Venezuela: Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Fondo de Población de Naciones Unidas. Recuperado de https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf
- Naciones Unidas (2022). *World Population Prospects 2022*. Recuperado de <https://population.un.org/wpp/>.

- No Pausa. (2021). *Menopausia y datos. Informe sobre climaterio 2020/2021*. No Pausa. https://www.no-pausa.com/wp-content/uploads/2021/10/Menopausia-y-Datos-_-INFORME-SOBRE-CLIMATERIO-2020_2021--By-No-Pausa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (1999). *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N° 24*. Naciones Unidas. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53368/9789275323021_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Palomar Vereá, C. (2016). Veinte años de pensar el género. *Debate Feminista*, 52, 34-49. doi: <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.002>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2021). *Informe regional del Desarrollo Humano. Atrapados: alta desigualdad y bajo crecimiento en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.undp.org/es/latin-america/publications/informe-regional-de-desarrollo-humano-atrapados-alta-desigualdad-y-bajo-crecimiento-en-america-latina-y-el-caribe>
- Secretaria de Políticas para as Mulheres (2016). *Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)*. Brasília, Distrito Federal. Recuperado de: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf
- Scott, J.W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, M. (Comp.) *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM-PUEG.
- Scott-Dixon, K. (2009). Public health, private parts: a feminist public-health approach to trans issues. [Salud pública, partes privadas: un enfoque feminista de salud pública para los problemas del transgénero]. *Hypatia. A journal of feminist philosophy* (en inglés), 24(3), 33-55. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/20618163>

- Sepúlveda Valenzuela, L. (2010). Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales. *Revista Perspectivas*, 21, 27-53. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229410>
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel. Recuperado de: https://www.academia.edu/6957356/An%C3%A1lisis_y_Gesti%C3%B3n_de_Pol%C3%ADticas_P%C3%BAblicas_Subirats_Joan
- Tajer, D. (2008). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En *Género y Salud. Las Políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1.

Matriz con definición de las categorías analizadas, y análisis de cada una de ellas para los 19 países seleccionados.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Cujur7eSOq1Nk_U_7qMZXFbfOc3FFN5K/edit?usp=share_link&oid=115722354279715891776&rtpof=true&sd=true