



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Programa Uruguay

Maestría en Género y Políticas de Igualdad
Promoción: 2019-2021

Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay durante los gobiernos del Frente Amplio. Avances y desafíos pendientes.

Tesis que para obtener el grado de Maestría en Género y Políticas de Igualdad

Presenta:

Virginia Cardozo Rufo

Directora de tesis: Dra. María Laura Osta Vazquez

Co-directora: Mag. Jacqueline Ponzo Gómez

Montevideo, mayo 2021

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias a personas que tuvieron la enorme gentileza de compartir su experiencia y su conocimiento en materia de política pública, de género, de políticas de salud y de aspectos metodológicos de investigación. En este proceso de aprendizaje agradezco a Jacqueline Ponzo, Miguel Fernández Galeano, Daniel Olesker, Maria Julia Muñoz, Leonel Briozzo, Susana Muniz, Jorge Basso, Cristina Lustemberg, Cristina Grela, Mariella Mazzotti y Nahira Nuñez.

Agradezco la riqueza teórica en este proceso de aprendizaje de Flacso Uruguay, pero especialmente a mi tutora Maria Laura Osta por su paciencia enorme, sus aportes, sugerencias constantes y sus devoluciones siempre de forma cuidada haciendo que, aún en la crítica, fuera estimulante la tarea.

Finalmente quiero agradecer a las que más me enseñaron sobre género y salud desde la experiencia de trabajo cotidiano por 5 años en la Policlínica San Martín 2 (RAP-ASSE); mis compañeras de trabajo allí, Anabel (Antonella) Ávalos y Cecilia Piaggio y a las mujeres del Grupo de Arte para Mujeres de Casavalle quienes me enseñaron que el patriarcado nos enferma, pero que el feminismo y la sororidad nos sana.

Glosario de siglas

ASSE - Administración de Servicios de Salud del Estado

APS- Atención Primaria de Salud

CAD - Cargo de Alta Dedicación

CEDAW - Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer

CNG - Consejo Nacional de Género

DeCS - Descriptores en ciencias de la salud

ECOSOC - Consejo Económico y Social de la Organización de Naciones Unidas FONASA - Fondo Nacional de Salud

FTM - Formulario Terapéutico de Medicamentos

IAMC - Institución de Asistencia Médica Colectiva

IGS - Igualdad de Género en Salud

INE - Instituto Nacional de Estadística

INMUJERES - Instituto Nacional de las Mujeres

IVE - Interrupción Voluntaria del Embarazo

MIDES- Ministerio de Desarrollo Social

MSP - Ministerio de Salud Pública

MYSU - Mujer y Salud Uruguay

NRTM - Nuevo Régimen de Trabajo Médico

ODS - Objetivo de Desarrollo Sustentable

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONU - Organización de Naciones Unidas

OPS - Organización Panamericana de la Salud

OPP - Oficina de Planificación y Presupuesto

OSN - Objetivos Sanitarios Nacionales

PBI - Producto Bruto Interno

PIAS - Plan Integral de Atención de Salud

PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PP - Política Pública

RAP- Red de Atención del Primer Nivel

RRHH - Recursos Humanos

SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud

SPV - Seguro Privado Voluntario

TG - Transversalización de Género

TGS - Transversalización de Género en Salud

UE - Unión Europea

VIH - Virus de Inmunodeficiencia Humana

Índice de Contenidos

Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay durante los gobiernos del Frente Amplio. Avances y desafíos pendientes.	1
Resumen	8
Palabras clave (términos DeCS)	8
Abstract	9
Key words (DeCS terms)	9
Capítulo 1 - Introducción	1
1.1 Problema público de desigualdad de género	1
1.2. Problema de investigación	3
1.3. Preguntas de investigación	4
1.4. Objetivos	4
1.5. Política Pública	5
1.6. Fase de la Política Pública	6
1.7. Antecedentes	6
1.7.1. El Sistema Nacional Integrado de Salud	6
1.7.2. Transversalización de género en salud	13
Capítulo 2: Marco teórico-conceptual	20
2.1. Género	21
2.1.1. Interseccionalidad	22
2.1.2. Matriz de inteligibilidad heterosexual	23
2.1.3. Igualdad de género en salud	25
2.2. Salud	26
2.2.1. Proceso salud enfermedad atención	27
2.2.2. Género como determinante de la salud	28
2.3. Política Pública	33
2.3.1. Políticas de salud sensibles al género	33
2.3.2. Transversalización de género en salud	35
2.3.2.1. Institucionalización de género	37
Capítulo 3: Camino metodológico	39
3.1. Estrategia Metodológica	39
3.2. Métodos	40
3.3. Técnicas	41
3.3.1. Análisis de contenido	41
3.3.2. Entrevista	47
3.4. Instrumentos	49

3.4.1. Análisis de contenido	49
3.4.2. Entrevista	51
Capítulo 4: Análisis y resultados	54
4.1. Género	54
4.1.1. Interseccionalidad	61
4.1.2. Matriz de inteligibilidad heterosexual	62
4.1.3. Igualdad de género en salud	64
4.1.3.1. Barreras en el acceso a la salud	66
4.2. Salud	69
4.2.1. Proceso salud-enfermedad-atención	74
4.2.2. Género como determinante social de la salud	76
4.3. Política pública	79
4.3.1. Políticas de salud sensibles al género	80
4.3.1.1. Políticas hacia las mujeres	85
4.3.1.2. Instituciones generizadas	90
4.3.2. Políticas de transversalidad de género	91
4.3.2.1. Voluntad política	95
4.3.2.2. Aspectos presupuestales	97
4.3.2.3. Generación de capacidades	98
4.3.2.4. Guía para la transversalización de género	99
4.3.2.5. Participación de la sociedad civil.	99
4.3.2.6. Aspectos institucionales para la transversalización de género	104
4.3.2.6.1. El Consejo Nacional de Género	108
4.3.3. Fortalezas del SNIS para disminuir las desigualdades de género	110
Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones	113
Referencias bibliográficas	122
Anexos	133

Índice de Tablas

Tabla 1: Frecuencia absoluta de palabra género según grupo de documentos (leyes, decretos, GPC, OSN y metas prestacionales) pertenecientes al período 2005-2020.	<u>55</u>
Tabla 2: Frecuencia absoluta de palabra género en el total de guías de práctica clínicas (GPC) y en las guías que no se encuentran en el área de salud sexual y reproductiva (GPC NO SSYR).	<u>57</u>
Tabla 3: Frecuencia absoluta de la palabra género y sexo por grupo de documentos.	<u>58</u>
Tabla 4: palabras pertenecientes a la categoría género en las guías de salud sexual y reproductiva (Guías SSYR) y total de las guías analizadas (Guías) en frecuencia absoluta (FA) y frecuencia relativa (FR).	<u>86</u>
Tabla 5: Frecuencia absoluta de palabras de la categoría transversalización de género en salud según grupo de documentos.	<u>93</u>
Tabla 6: Frecuencia absoluta de la palabra género según grupo de documentos.	<u>98</u>
Tabla 7: Frecuencia absoluta en palabras de la categoría de género en leyes seleccionadas.	<u>105</u>

Resumen

El género muestra particularidades que se reflejan en riesgos y vulnerabilidades que afectan la salud de forma diferenciada para hombres, mujeres y disidencias sexuales. Las políticas de salud que no incorporan la perspectiva de género perpetúan inequidades que vulneran el ejercicio del derecho a la salud de las personas. La transversalización de género en las políticas públicas de salud es imprescindible para la igualdad de género en la atención integral de las personas. El problema de investigación es que, luego de 15 años de gobierno progresista, persiste una ausencia en la transversalización de género en la atención a la salud de las personas así como en políticas públicas de salud que se desarrollaron. El objetivo de este trabajo es analizar la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay en el período 2005-2020. Los objetivos específicos son: 1) Analizar en qué medida se incorporó la perspectiva de género en el marco normativo que conforma el diseño del Sistema Nacional Integrado de Salud en el período estudiado. 2) Visibilizar las prioridades políticas vinculadas a la agenda de género en salud en este período de tiempo. 3) Identificar los avances y los obstáculos presentes en el Sistema Nacional Integrado de Salud en este período para permitir la transversalización de género en salud. El diseño metodológico propuesto para esta investigación consiste en un abordaje cualitativo con el método de triangulación entre los resultados obtenidos de las técnicas de análisis de contenido del marco normativo del SNIS y entrevistas a referentes calificados.

Palabras clave (términos DeCS)

Género y Salud, Política de Salud, Atención Integral de Salud

Abstract

A person's gender is reflected in risks and vulnerabilities that affect health differently for men, women and gender dissidence. Gender blind health policies perpetuate gender inequities and violate the exercise of people's right to health. Gender mainstreaming in public health care policies is essential for comprehensive care for men and women. The research problem is that, after 15 years of progressive government, there is still a lack of gender mainstreaming in people's health care as well as in the public health policy developed. The objective of this work is to analyze the incorporation of the gender perspective in the National Integrated Health System in Uruguay in the period 2005-2020. The specific objectives are: 1) Analyze to what extent the gender perspective was incorporated into the regulatory framework that makes up the design of the National Integrated Health System in the period studied. 2) Make visible the political priorities in the gender agenda in health in these three periods of government. 3) Identify the advances and obstacles present in the National Integrated Health System in this period to allow gender mainstreaming in health. The methodological design proposed for this research consists of a qualitative approach with triangulation as a method between the content analysis techniques of the National Integrated Health System normative framework and interviews with qualified referents.

Key words (DeCS terms)

Gender And Health, Health Policy, Comprehensive Health Care

Capítulo 1 - Introducción

El proceso salud-enfermedad-atención de una persona está influido por sus características personales, por las circunstancias vitales que enfrenta y por el ambiente en el que vive, siendo así determinado por una compleja red multicausal de factores biológicos y sociales (Benia, 2009). Elementos culturales, económicos e ideológicos son parte de esta red de determinantes de la salud. Por lo tanto, la salud de las personas se ve determinada y condicionada por la biología, la residencia, el trabajo, los hábitos, las normas, los valores, el nivel educativo, la conciencia, la participación en la producción y la distribución de bienes y servicios. Estos determinantes a su vez expresan procesos más generales del modo de vida de la sociedad (Benia, 2009).

El modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) considera que los procesos biológicos están subordinados a los procesos sociales creando así el concepto de determinante social de la salud. Este modelo incluye factores biológicos y genéticos, factores individuales y estilos de vida, factores comunitarios y de soporte social, acceso a los servicios de salud, condiciones de vida, de trabajo y condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales (Benia, 2009).

El género influye en los estilos y condiciones de vida, y en el uso de los servicios de salud de las personas. Cuando hablamos de género, estamos haciendo referencia a los hombres, a las mujeres, a las disidencias sexuales¹ y a su relación, incluyendo la asimetría de poder entre estos colocando en un lugar privilegiado a los primeros (Scott, 1996). En la vida cotidiana, tanto a nivel individual como comunitario, el género muestra particularidades que se reflejan en riesgos y vulnerabilidades que afectan la salud de forma diferenciada según género (Arenas-Monreal, 2015). Es así cómo se incorpora al género como determinante social de la salud. Este es un aspecto fundamental para comprender cómo las personas viven su salud y cómo se enferman.

1.1 Problema público de desigualdad de género

El problema público de desigualdad de género abordado en esta investigación es que las políticas de salud que no incorporan la perspectiva de género perpetúan las inequidades que vulneran el ejercicio del derecho a la salud de las personas (Gómez, 2002). La

¹ Las disidencias sexuales corresponden a aquellas manifestaciones de sexualidad que cuestionan el régimen heteronormativo y la matriz heterosexual (Rubino, 2018).

transversalización de género (*gender mainstreaming*) se estableció formalmente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas celebrada en Beijing (1995) como una estrategia para alcanzar la igualdad de género. A partir de este lineamiento y de la relevancia que tiene el género en la determinación de la salud de las personas, distintos organismos internacionales marcan la importancia de la incorporación de la perspectiva de género en la atención a la salud (OPS, 2019). La transversalización de género en salud supone cambiar las estructuras organizacionales, los comportamientos y las actitudes que pueden dañar el estado de salud general de mujeres, hombres y disidencias sexuales (OPS, 2019).

A nivel país distintos trabajos han señalado la necesidad de avanzar en la incorporación de la perspectiva de género en la atención a la salud. Los lineamientos estratégicos de la Oficina de Planificación y Presupuesto del Uruguay en su Estudio Prospectivo Uruguay 2050 marca que la falta de perspectiva de género en la salud es un factor que imposibilita la igualdad de género (OPP, 2018).

Desde el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y el Consejo Nacional de Género que dicho mecanismo para la igualdad de género lidera, en su Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030 establece que los compromisos internacionales que Uruguay ha asumido en esta temática hacen necesario a mediano plazo una adecuación y profundización de los marcos normativos para dar rango legal a los compromisos asumidos en materia de igualdad de género (Consejo Nacional de Género, 2017). Específicamente sobre la temática de la salud este documento, en las aspiraciones para la igualdad de género, marca que el sistema de salud nacional requiere integrar el enfoque de género de manera permanente y en múltiples aspectos, tanto en los equipos de salud como en los servicios que presta. En su directriz de política I.1. plantea que se debe favorecer el acceso de las mujeres en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica a la salud y que se debe revisar, armonizar y modificar el marco normativo desde una perspectiva de género, para superar los vacíos y eliminar disposiciones discriminatorias contra las mujeres, con atención en los factores de etnia-raza, edad y discapacidad. La directriz de política IX.2. es “Incorporar el enfoque de género en todas las áreas de la salud.” (CNG, 2017).

Es en este contexto que el análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el SNIS durante los gobiernos frenteamplistas y los vacíos existentes puede ser un aporte para comprender cuál es el estado de situación en el tema y los posibles caminos a seguir para avanzar hacia la transversalización de género en las políticas de salud en el Uruguay.

1.2. Problema de investigación

Durante los gobiernos progresistas existieron grandes avances en materia de género como la despenalización del aborto, el matrimonio igualitario y los logros en derechos para las personas trans, lo que hizo que nuestro país sea reconocido mundialmente por su agenda de derechos². El problema de investigación es que, a pesar de los ya mencionados avances logrados durante los 15 años de gobierno del Frente Amplio, persiste una ausencia en la transversalización de género en la atención a la salud de las personas así como en políticas públicas de salud que se fueron desarrollando. Existen importantes aspectos vinculados a la atención integral en salud que carecen de una sensibilidad de género en su desarrollo. La consultoría sobre los retos pendientes en salud en clave de género de López y López (2016) concluyen que es aún muy incipiente la perspectiva de género en la atención a la salud salvo en el área de Salud Sexual y Reproductiva (López y López, 2016). Un ejemplo de esto es la falta de perspectiva de género en la atención cardiovascular que ha llevado a invisibilizar las particularidades de estas patologías en las mujeres al desarrollar la atención en esta temática con sesgo androcéntrico³. Por esto han surgido iniciativas como las actividades de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular para disminuir las brechas de género en la percepción, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad cardiovascular⁴. Este tipo de iniciativas, en estas y otras áreas de atención a la salud, reflejan la falta de continuidad en la perspectiva de género a lo largo de todo el proceso de atención a la salud de las personas.

El SNIS se crea en el año 2007 como una de las principales reformas nacionales que lleva adelante el primer gobierno del Frente Amplio en el Uruguay. Esta reforma se considera un proceso que fue desarrollándose durante los tres períodos de gobierno de esta fuerza política (2005-2020). Por esto se elige analizar la incorporación de la perspectiva de género en el principal marco normativo del SNIS incluyendo las principales leyes y decretos que generan la estructura del sistema, las guías de práctica clínica, las metas prestacionales y los objetivos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Por ser el MSP el organismo

² The Guardian (2014). The LGBT, feminist and student voices behind Uruguay's radical reforms. Disponible en: <https://www.theguardian.com/global-development/2014/aug/01/uruguay-lgbt-feminist-student-protest-liberal-reforms>

³ El androcentrismo es la concepción que tiene al varón como centro del universo y que establece, con la medida de su cuerpo y sus sensaciones, qué es normal y qué no (Hendel, 2017).

⁴ Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (2021). Día Nacional de Concientización de la Salud Cardiovascular de la Mujer, 9 de marzo de 2021. Disponible en: <https://cardiosalud.org/dia-nacional-de-concientizacion-de-la-salud-cardiovascular-de-la-mujer-9-de-marzo-de-2021/>

rector del SNIS se incorpora el análisis de su priorización política de la agenda de género en cada período a través de las entrevistas a actores principales en la conducción de la reforma como son las personas a cargo de la secretaría y la subsecretaría de este Ministerio en los tres períodos de gobiernos analizados. Obteniendo estas dos fuentes se busca triangular resultados para evaluar los avances en la incorporación de la perspectiva de género en salud y los desafíos para la transversalización de género en salud en los gobiernos progresistas.

Se debe aclarar que la investigación siempre se encuentra entrelazada con determinadas perspectivas particulares (Denzin y Lincoln, 2005). Este trabajo se basa en una epistemología feminista y por lo tanto pretende transformar el mundo inscribiéndose en una agenda hacia la justicia social analizando las necesidades de las personas según género, clase y raza-etnia (Denzin y Lincoln, 2005).

1.3. Preguntas de investigación

En los 15 años de gobierno frenteamplista ¿En qué medida es incorporada la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)?

¿Qué logros en la incorporación de la perspectiva de género en el SNIS favorecen el avance hacia la transversalización de género en salud?

¿Cuáles son los principales obstáculos y desafíos que presenta el SNIS para avanzar en la transversalización de género en salud?

1.4. Objetivos

Objetivo general:

Analizar la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay en el período 2005-2020.

Objetivos específicos:

- Analizar en qué medida se incorporó la perspectiva de género en el marco normativo que conforma el diseño del Sistema Nacional Integrado de Salud en el período estudiado.
- Visibilizar las prioridades políticas vinculadas a la agenda de género en salud en este período de tiempo.
- Identificar los avances y los obstáculos presentes en el Sistema Nacional Integrado de Salud en este período para permitir la transversalización de género en salud.

1.5. Política Pública

La Política Pública a analizar corresponde al Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay. Su creación es un punto de inflexión en la atención a la salud de las personas consistiendo en un cambio estructural que transforma la política de salud en el país.

Luego de casi 70 años sin nueva legislación en el área de salud se crea en el 2007 el Sistema Nacional Integrado de Salud que consiste en una reforma del sistema de salud que contiene tres ejes: el cambio del modelo de atención, el cambio del modelo de gestión y el cambio en el modelo de financiamiento (Lecovitz, Fernández Galeano y Benia, 2016).

En cuanto al cambio de modelo de atención se incorpora al sistema la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Renovada, organizada en niveles de atención con énfasis en el Primer Nivel de Atención (Lecovitz, Fernández Galeano y Benia, 2016). En el cambio de modelo de gestión se busca un nuevo desempeño institucional que ponga en el centro a las personas usuarias de salud y sus preocupaciones. Se crea la JUNASA como organismo de conducción del SNIS donde se involucra a la diversidad de actores e instituciones en las definiciones políticas del SNIS (Lecovitz, Fernández Galeano y Benia, 2016). En relación al cambio del modelo de financiamiento se genera un sistema en el cual las personas aportan en función de sus ingresos apostando a la cobertura universal. Los recursos se vuelcan en un fondo mancomunado solidario manejado con el Estado con participación social (Lecovitz, Fernández Galeano y Benia, 2016).

Desde la creación del SNIS durante los gobiernos del Frente Amplio se ha desarrollado el proceso de reforma en el país que ha ido generando cambios progresivos en la atención a la salud de las personas en el Uruguay (Fernández Galeano y Olesker, 2009).

1.6. Fase de la Política Pública

Las etapas en el proceso de una política pública denotan componentes lógicamente necesarios e interdependientes de toda política integrados a la manera de proceso, de ninguna manera son eventos sucesivos y realmente separables. Las etapas pueden superponerse y sobreponerse las unas a las otras, anticiparse, atrasarse o repetirse (Aguilar, 1993).

En esta investigación se analiza la *etapa de implementación* del SNIS que consiste en el desarrollo de normas, procedimientos y lineamientos para la puesta en práctica de las decisiones. En esta fase se incluyen también las modificaciones a las decisiones debido a restricciones operativas, incentivos y restricciones y la traducción de la decisión en términos operativos (Aguilar, 1993).

Esta fase de implementación consiste en una adaptación del programa de una política a las situaciones concretas a las que deberá enfrentarse. Es una fase de gran complejidad donde se aplican las soluciones seleccionadas y se realizan las acciones por parte de los agentes administrativos a cargo de esta implementación (Subirats, 2008)

1.7. Antecedentes

El Frente Amplio en el 2005 se convirtió en la primera fuerza política de izquierda en llegar al gobierno en Uruguay y la única hasta el momento. Esto fue seguido por 15 años consecutivos de gobierno hasta su derrota electoral en 2019 (Mizrahi, 2019). La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud fue una de las principales reformas desarrolladas en este período (Mizrahi, 2019).

1.7.1. El Sistema Nacional Integrado de Salud

Uruguay llegó al año 2005 con una situación de deterioro creciente de las instituciones prestadoras de salud públicas y privadas, y con más de 20 prestadores privados de salud cerrados, luego de conflictos e incertidumbres desde el año 1985. En el año 2006 existían 41 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), en todo el territorio nacional, por lo que este cierre corresponde aproximadamente a un tercio de los prestadores existentes en el sistema privado durante ese período (Fernández Galeano y Olesker, 2009). Diversas inequidades en el financiamiento, alta conflictividad gremial, un elevado porcentaje de la población sin cobertura

asistencial integral, un prestador público desbordado, y una fragmentación y segmentación evidentes del sistema de salud, completaron el cuadro (MSP, 2018).

En el año 2005 asume el primer gobierno nacional de Frente Amplio que incluía en su programa de gobierno la reforma de la salud iniciando así un conjunto de transformaciones que concluyen en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), apostando al cambio de modelo de gestión, cambio de modelo de financiación y cambio de modelo de atención. En el año 2007 se aprueba la Ley 18.211 de creación del SNIS que comienza a funcionar en enero del 2008 convirtiéndose este cambio estructural en un punto de inflexión en las políticas de salud del país. Esta ley establece que la salud es un derecho humano esencial, un bien público y una responsabilidad indelegable del Estado y de los gobiernos. (Fernández Galeano y Olesker, 2009).

El objetivo principal del SNIS es universalizar el acceso a la salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera. Se propuso cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un modelo que privilegia la atención integral y jerarquiza la promoción y la prevención. Esta modificación buscó priorizar el primer nivel de atención basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Esto implicó fortalecer necesariamente los servicios de la red del primer nivel, en cuanto a recursos humanos, financieros e infraestructura (Fernández Galeano y Olesker, 2009).

El SNIS tiene una cobertura del 97% de la población. El principal prestador público es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con una red de servicios de cobertura nacional, y que al 2015 cubre el 30% de la población. Hay otros proveedores públicos que atienden grupos específicos como Sanidad Policial, Intendencia de Montevideo y Sanidad Militar que cubren un 5% de la población. A nivel privado, a través de las IAMC se asiste el 59,5% de la población. (López y López, 2016). La reforma estipula que las personas beneficiarias pueden optar por el prestador público o privado de su preferencia, por lo cual muchas personas trabajadoras de bajos recursos tienen la posibilidad de atenderse en salud pública garantizando el acceso real al servicio de salud dados los menores costos de atención de este sector (Rodríguez y Perazzo, 2009). Las instituciones integrantes del SNIS deben pasar diversos controles tanto en materia sanitaria como en el ámbito económico-financiero, dado que el incumplimiento de algunas disposiciones establecidas en la ley puede dar lugar a la suspensión parcial o total de los reembolsos por prestaciones de salud. (Rodríguez y Perazzo, 2009).

La reforma ha estado pautada por un proceso progresivo de incorporación de diferentes colectivos al Fondo Nacional de Salud (FONASA). En este sentido, el 1° de enero de 2008 se

incorporaron los hijos y las hijas menores de 18 años de personas en trabajos formales y mayores de 18 años con discapacidad. El grupo conformado por las menores de 18 años fue el colectivo con mayor cambio de cobertura entre enero de 2008 y diciembre de 2010, fecha en la cual comenzaron a incorporarse al nuevo sistema otros colectivos de mujeres en edad reproductiva.

La cobertura de mujeres adolescentes en las IAMCs aumentó de 23% en 2007, a casi 60% en 2014. La puesta en marcha del SNIS ofreció cobertura universal a las personas de distintas edades y niveles socioeconómicos, proceso que completó en los últimos años con la incorporación de las personas jubiladas y pensionistas al sistema. Esto permitió cerrar brechas existentes en el aseguramiento en salud mediante un sistema solidario de aportes al FONASA que ha permitido incorporar a sectores de la población que estaban por fuera de la cobertura: cónyuges de personas con trabajos formales (en su mayoría mujeres), niños, niñas, adolescentes, pensionistas y personas jubiladas. El reto mayor que tiene actualmente el SNIS es la mejora continua de la calidad de sus prestaciones y de la atención que se brinda (López y López, 2016).

En el FONASA los aportes al financiamiento son determinados en función de la capacidad contributiva de las personas y no de las necesidades de uso de los servicios de salud logrando, además de introducir un componente solidario al financiamiento, evitar uno de los problemas más graves que pueden ocurrir en ausencia de este tipo de mecanismo: que personas o familias que enfrenten eventos graves de salud no puedan acceder a los servicios por falta de recursos, o se vean empujados a situaciones de pobreza al hacer frente a los gastos que dichos servicios requieren (MSP, 2018). En relación a la función de compra, “una de las innovaciones fundamentales que la reforma estableció respecto a la situación previa fue instrumentar un mecanismo de pago, a través del cual el SNIS compra el aseguramiento a los prestadores integrales, basado en la fijación de una “cuota salud” cuyo componente principal, denominado “componente cápita”, se ajusta en función del riesgo asociado a cada persona beneficiaria. Dicho riesgo está determinado a partir de la edad y el sexo, lo que da como consecuencia la existencia de una serie de cápitás diferentes para distintos tramos de edad y sexo, con las que se pretende reflejar el gasto esperado promedio por persona en cada uno de ellos. Con este mecanismo, uno de los objetivos buscados era dotar de mayor racionalidad al financiamiento de los prestadores, al vincular el pago al gasto esperado de cada usuario superando una carencia notoria del sistema anterior” (MSP, 2018). Por otra parte, si el pago que recibe el prestador se ajusta al gasto esperado de los diferentes grupos poblacionales, las instituciones no tendrán incentivos a descremar a aquellos de mayor riesgo. Asimismo, la modalidad de pago ajustado

por riesgo complementa la naturaleza solidaria del aseguramiento que ya estaba presente en el hecho de que el monto de los aportes se vincule a la capacidad contributiva de las personas beneficiarias. En efecto, con este esquema, la población adulta joven, que generalmente es la que tiene “mayor capacidad contributiva y menor gasto esperado, financian a las personas mayores que, usualmente, se asocian a etapas del ciclo vital en las que se perciben menores ingresos y se requieren mayores servicios de atención de salud” (MSP, 2018). El mecanismo de pago capitado se complementa en el SNIS con el pago por desempeño a través de la fijación de metas asistenciales. El pago por cumplimiento de metas asistenciales representa el 6% del gasto FONASA, participación que se ha mantenido estable desde el año 2007 (MSP, 2018).

A partir del año 2008 “el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) define por decreto una canasta de prestaciones obligatorias para los prestadores integrales del SNIS, convirtiéndose en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria, incorporando una lógica de salud como derecho, para toda la población del país independientemente de su forma de aseguramiento, del monto de sus aportes o del prestador elegido” (MSP, 2018). En años posteriores se incorporaron nuevas prestaciones, tales como las incluidas en el plan de salud mental, prestaciones de salud sexual y reproductiva, ecografía estructural fetal y colecistectomía por vía laparoscópica, entre otras (MSP, 2018).

A nivel de ASSE, “no existen ningún tipo de copagos por las prestaciones que se realizan, tanto para consulta general y/o especializada, suministro de medicamentos, paraclínica y acceso a servicios de internación y tratamiento médico o quirúrgico. Mientras que en las IAMC y los Seguros Privados Voluntarios (SPV), a pesar del desarrollo de un proceso gradual de reducción de copagos, todavía persisten para la consulta especializada, exámenes paraclínicos y el acceso al medicamento” (MSP, 2018).

Se reseñan a continuación algunas de las principales medidas de reducción de precios de los tickets o tasas moderadoras:

En julio de 2005, como primera medida, se prohibió la creación de nuevas tasas moderadoras. A su vez, se decretó una rebaja de 20% en los precios de los tickets de medicamentos. En enero de 2006 y julio de 2006 se decretaron dos nuevas rebajas, del 10% en cada oportunidad. También en el año 2006 se exonera el pago de tasas moderadoras para el acceso a medicamentos reguladores de glicemia, a los estudios paraclínicos para el control del embarazo, y colpocitología oncológica y mamografía según pautas establecidas por el Ministerio de Salud Pública. En agosto de 2013 la colpocitología oncológica quedó exonerada del pago de tasas en cualquier circunstancia. A partir del año 2008, con la creación del Seguro Nacional de Salud y la firma de Contratos de Gestión con los prestadores contratados, se

establece la exoneración del pago de órdenes de consulta para los controles de niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años. Así mismo el FONASA paga a los prestadores un “sustitutivo de tickets” por las personas jubiladas afiliadas, lo que les da derecho al acceso sin pago de tasas, o con importantes rebajas, a determinadas consultas, tickets de medicamentos y estudios. En el mismo año se decreta la exoneración del pago de tasas para una lista de medicamentos antipsicóticos y se establece un tope máximo para un conjunto de medicamentos anti hipertensivos. Se destacan a partir del año 2010 una serie de medidas tendientes a reglamentar el acceso a las prestaciones que deben brindar los prestadores del SNIS en el marco de la ley de Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Se establece entonces un tope máximo para la consulta ginecológica, y se regulan los precios para acceder a los métodos anticonceptivos. En el año 2012 se regulan las tasas relacionadas con las consultas, paraclínica y medicamentos en el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En julio de 2011 comienza un proceso de fijación de topes máximos para todo tipo de tasas. En el año 2013 se establece que se debe cobrar un único ticket de medicamentos por cada tratamiento con antibióticos. A partir del año 2014 se eliminan los pagos por anestesia o sedación indicados en caso de estudios diagnósticos y los pagos para acceder a quimioterapia y radioterapia. También se exoneran del pago de tickets todos los fármacos oncológicos incluidos en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM). En el año 2015 se decreta que el acceso al tratamiento mensual para un nuevo grupo de medicamentos indicados en ciertas patologías crónicas, sólo puede dar lugar al cobro de un único ticket. Las medidas de política de regulación de precios implementadas a partir del año 2005, y también las medidas de rebaja de tasas moderadoras llevadas adelante por los prestadores, han implicado una reducción de las barreras económicas al acceso a los servicios de salud en las IAMC (MSP, 2018).

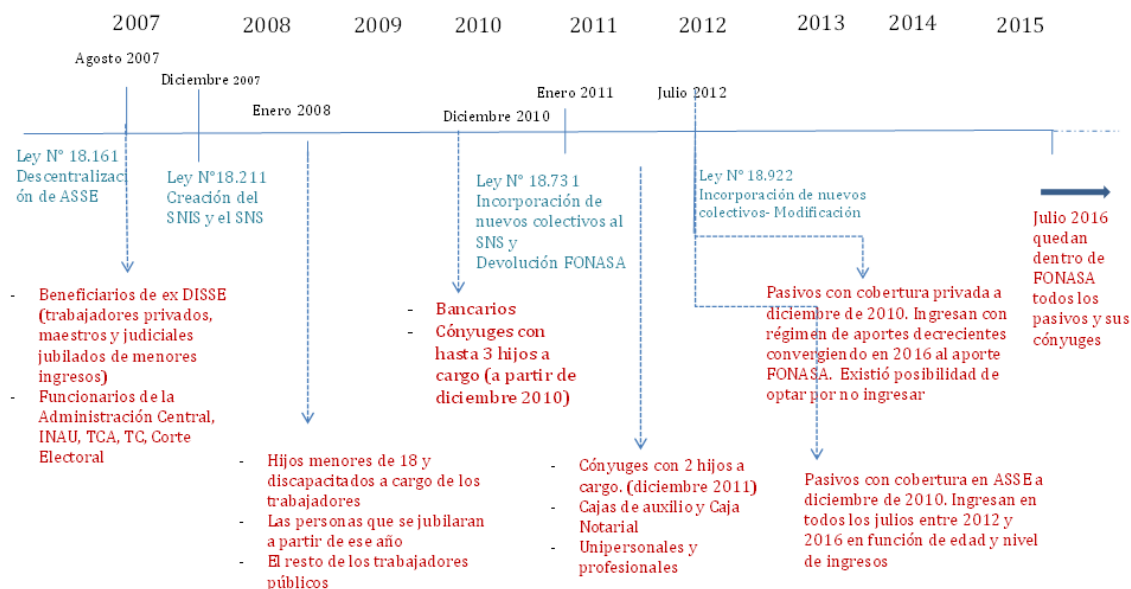


Gráfico 1: Línea de tiempo de hitos en marco normativo del SNIS.

Fuente: MSP (2017).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene las potestades para proponer objetivos sanitarios viables que respondan a una priorización basada en el diagnóstico epidemiológico y definir planes estratégicos y tácticos con metas claras. La definición de objetivos y metas sanitarias priorizadas en función de los problemas de salud de la población es una de las potestades del MSP. Desde esta priorización de problemas la Autoridad Sanitaria analiza la definición de objetivos estratégicos que contribuyan para avanzar en los objetivos sanitarios nacionales. El diseño de Metas comenzó a implementarse en Julio 2007 con la creación de la Meta 1 que establecía como prioridad los programas referidos a la atención de niños, niñas y de la embarazada. A partir de “Julio de 2009 se incorporaron las Metas 2 y 3 que buscaron trasladar el marco conceptual de la figura del médico de referencia, considerado como un integrante clave del equipo de salud para la consolidación de un modelo de atención con abordaje integral de la salud en el primer nivel, ofreciendo continuidad y longitudinalidad en la atención” (MSP, 2018). La Meta 4, creada en el año 2012, incentiva la implementación del Nuevo Régimen de Trabajo Médico (NRTM) en las 112 instituciones de salud, lo cual tiene como correlato principal la creación de cargos de alta dedicación (CAD). A partir de abril del año 2017 la Meta 2 se transforma de manera de impulsar la concreción de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Se establecen entonces metas transversales a todos los prestadores y otras específicas de acuerdo a los principales problemas identificados en cada uno (MSP, 2018).

En el año 2018 el MSP realiza las Jornadas de Evaluación de los 10 años de la reforma en las que destaca los ejes recursos humanos en salud, objetivos sanitarios nacionales (OSN), inversión en salud y calidad de la atención. En cuanto a los recursos humanos (RRHH) el documento guía en este eje destaca que el sector salud emplea 110.000 trabajadores según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2016, lo que representa el 6.7% del empleo total. Considerando la condición de ocupación, se observa que el 45% de los mismos se orientan a la asistencia directa de los cuales la mayoría son médicos y auxiliares de enfermería. Considerando los ratios de profesionales de la salud cada 10.000 habitantes, nuestro país se encuentra en una posición privilegiada, superando los ratios de Europa en el caso de los médicos y odontólogos. Esta fuerza de trabajo está fuertemente feminizada. En todas las categorías laborales las mujeres representan más del 50% de los trabajadores de la categoría, pero estos guarismos aumentan sustancialmente cuando se trata de cargos no médicos. “En términos de calidad del empleo, a diferencia de otros sectores la precariedad laboral medida como la cobertura a través de la seguridad social no es el problema fundamental. El sector salud en términos relativos está fuertemente regulado, lo que incide directamente en la precariedad medida de esta forma (4.1%)” (MSP, 2018). Las personas que trabajan en el SNIS tienden a concentrarse en la capital del país y área metropolitana o en los principales centros urbanos del interior. Según datos del INE de 2016, la densidad de profesionales de la medicina cada 10.000 habitantes de Montevideo más que triplica la del interior y en el caso de enfermería la duplica. En cuanto a los OSN en de marca que existen dificultades para trabajar con esta estrategia desde la autoridad sanitaria con los equipos de conducción de las instituciones y los equipos de salud, en la medida que supone un abordaje mucho más exigente en el seguimiento asistencial, en la calidad de los sistemas de información y en la posterior toma de decisiones. Establece la necesidad de trabajar más ligados con las áreas de conducción técnica de los prestadores, públicos y privados. El nivel de exigencia para con el sistema, supone estimular las buenas prácticas de gestión técnica profesional, y generar un mayor compromiso, caso a caso, dadas las múltiples particularidades que tienen los prestadores. En referencia al financiamiento del sistema se destaca en esta evaluación que en términos reales, el gasto registró un crecimiento de 55% entre los años 2007 y 2014, lo que representa un crecimiento promedio anual de 7% en el período. En relación al Producto Bruto Interno (PBI), el gasto total en salud del país aumenta levemente en el período pasando de 8.2% en 2007 a 8.6% en 2014. En el mismo período el PBI creció 42%, con lo cual el desempeño del anterior indicador refleja la decisión de priorizar la política de destinar más recursos públicos para satisfacer las necesidades de atención en salud de la población. Por su parte, el gasto en salud por habitante pasó de U\$S

580 en 2007 a U\$S 1.450 en 2014. Las fuentes públicas de financiamiento de la atención en salud representan aproximadamente el 72% del gasto total en salud del país. A su vez decrece la proporción que el gasto de bolsillo representaba en el total del gasto, desde un 23% en el año 2007 a 16% en el 2014. En cuanto a las cápitas plantea la necesidad de evaluar en qué medida la edad y el sexo de los beneficiarios es suficiente para aproximar adecuadamente al perfil epidemiológico de los usuarios y, por ende, al gasto esperado. En cuanto a las metas prestacionales considera que han tenido dificultades referidas a la capacidad de medir resultados sanitarios y que no es suficiente el estímulo económico para obtener resultados. Marca que la articulación de diferentes herramientas y políticas que confluyen hacia un mismo resultado es clave, por lo que es preciso el desarrollo armónico de otras estrategias orientadas a la calidad de la atención como guías de práctica clínica, auditorías, difusión pública de resultados, entre otras. En cuanto a los tickets, las tasas moderadoras pasaron de representar el 12% de los ingresos de las IAMC en 2004 al 8% en el 2016. Los precios de los tickets y órdenes experimentaron una rebaja real de aproximadamente 40% en el período (MSP, 2018).

1.7.2. Transversalización de género en salud

A comienzos de los años 90 cobró visibilidad que los estudios sobre la contribución del sexismo –y no solo sexo– a los patrones de salud y enfermedad de las personas, eran un fenómeno nuevo pero necesario (Krieger, 1993). Lo que significa, que la historia de la producción científica en la atención sanitaria desde la perspectiva de género es muy reciente. La transversalización de género en las políticas públicas cobró fuerza en 1995 en la Plataforma de Beijing de las Naciones Unidas y la declaración de 1997. Las Naciones Unidas fue una de las principales organizaciones intergubernamentales en institucionalizar este enfoque aunque en la práctica sus políticas de transversalización estuvieron centradas en programas de empoderamiento para las mujeres y actualmente es liderado por ONU Mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también toma esta plataforma aprobando la estrategia de transversalización de la OMS Europa en 2001 y avalando la propuesta para la transversalización de género en su Asamblea Mundial en 2007. El enfoque de la OMS integra la perspectiva de género en todos sus programas, e incluye un compromiso con la creación de capacidades, la generación de datos desglosados por género e incorporación del género en la gestión y la rendición de cuentas de la OMS (Payne, 2014).

A escala regional de formulación de políticas, la integración de la perspectiva de género ha sido particularmente significativa en la Unión Europea (UE) después del Tratado de Maastricht de 1993, que aumentó atención a la equidad de género en los Estados miembros, y el Cuarto Programa de Acción sobre la igualdad Oportunidades para mujeres y hombres en 1996. En 1997 el Tratado de Amsterdam "constitucionaliza" la estrategia a través de directivas a los estados miembros sobre discriminación por motivos de género, raza, discapacidad, sexualidad y creencias religiosas. Las áreas de intervención destacadas en la UE para la transversalización de género no están específicamente relacionadas con la salud: actividad económica, participación y representación, derechos sociales, la vida civil y los roles y estereotipos de género (Payne, 2014).

En la práctica, la implementación de la transversalidad de género en contextos de salud ha variado, en diferentes escalas y esferas, pero ha incluido políticas para abordar la necesidad de datos desglosados por género, capacitación en género, tanto para profesionales de la salud como para administradores, la inclusión de expertos en género en los consejos de administración y la introducción de herramientas de género, incluyendo en particular el análisis de impacto de género (Payne, 2014). A la hora de evaluar los resultados de estas políticas se encontraron problemas que incluyen una falta de recursos para la transversalización institucional, intransigencia en la cultura organizacional, combinada con la falta de asignación de responsabilidades para la transversalización dentro de la organización. Los logros de la OMS, por ejemplo, incluyen políticas y recomendaciones en relación con riesgos sanitarios específicos, como la violencia de género y el consumo de tabaco, junto con el apoyo a nivel nacional para las iniciativas de salud de la mujer. Sin embargo, una revisión reciente de la OMS de su trabajo sobre género (OMS, 2011b) encontró que menos de una cuarta parte de las publicaciones de la OMS utilizaban datos desglosados por género y menos de un tercio de los discursos públicos de la alta dirección de la OMS se refirió al género, concluyendo que la OMS ha implementado un programa de transversalización de género de gran alcance, pero el impacto en el trabajo diario ha sido limitado (Payne, 2014).

La evidencia del progreso de la incorporación de la perspectiva de género a nivel de países también es mixta. La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas concluyó que desde 1995 los enfoques de integración de la perspectiva de género en la mayoría de los países habían logrado algunos avances en relación a la salud, incluida una mejor identificación de las necesidades específicas de género de las mujeres, mejor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y mejor capacitación en la salud de la mujer y, en algunos países, las políticas para aumentar el acceso de la mujer a los servicios de

salud. Sin embargo, la Comisión también identificó una falta de información desagregada por género de los datos, la frecuente incapacidad de las mujeres para pagar los servicios básicos y el hecho de que los responsables de la formulación de políticas son principalmente hombres (Payne, 2014).

Las principales estrategias para la transversalización de género en el área salud ha sido abordar los problemas específicos de las mujeres, sus necesidades de salud y especialmente las relacionadas con la salud sexual y los derechos reproductivos. Los problemas de salud de los hombres, que incluyen, por ejemplo, su sustancial mortalidad prematura, lesiones accidentales y no accidentales y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, son menos reconocidos y tratados por organizaciones intergubernamentales y nacionales. Cuando los hombres entran en el paradigma, es a menudo como perpetradores de violencia de género. Si bien esta inclusión es importante, la perspectiva de género permanece fija en las consecuencias para la salud de la mujer más que la salud de hombres, mujeres y disidencias sexuales (Payne, 2014).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sintonía con los lineamientos para la igualdad de género definido por la OMS (2002) insta a sus Estados Miembros a eliminar las desigualdades en materia de salud entre las mujeres y los hombres, prestando atención a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes y promoviendo activamente la igualdad entre mujeres y hombres. Para ello solicita que estos incorporen la perspectiva de la igualdad de género en la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas (OPS, 2009). Este trabajo se alinea con la decisión de Naciones Unidas (1997) de transversalizar la perspectiva de género en todas las políticas y programas.

La OPS reconoce que se han realizado avances para superar las desigualdades de género, sin embargo el abordaje a la salud que predomina en las políticas de género es el de la salud sexual y reproductiva dejando por fuera importantes temas de la agenda de género y salud (OPS, 2019).

El Estado uruguayo tiene la responsabilidad de cumplir con las obligaciones asumidas por los acuerdos internacionales para eliminar las desigualdades de género como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), el Programa de Acción de El Cairo (1994), la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y, recientemente, los objetivos acordados a escala internacional y contenidos en la Declaración del Milenio de Naciones Unidas (2000), donde se estableció que “la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer” constituye una de las metas y una condición fundamental para cumplir los otros siete objetivos (OPS, 2009). A esto se suma la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que prioriza la construcción de una salud sostenible y universal y, para ello, las

respuestas ante las inequidades de género en el ámbito de la salud deben ocupar un lugar central (OPS, 2019) y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) donde el ODS 5 está dedicado a la igualdad de género e incluye la transversalización de género en la meta 5 c “Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles” (ONU, 2015). A nivel regional, los dictados más pertinentes son los de la Convención de Belém do Pará (1994) acerca de la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer y las Cumbres de las Américas, más concretamente la de 2002 que fija las metas para la igualdad de género en la Carta de Quebec (OPS, 2009). Todos estos acuerdos presentan una lógica de reconocer el atravesamiento de la discriminación hacia la mujer en todos los campos de la sociedad y el requerimiento de respuestas integrales que incluyen al sector salud. Existe por lo tanto una agenda global que compromete al Uruguay a incorporar la perspectiva de género en todas sus políticas públicas. La OPS afirma que a nivel de los países y la región, resulta imprescindible la revisión del marco normativo vigente, las lagunas legales y normativas imprescindibles para la ampliación de derechos y un plan de incidencia para su desarrollo (OPS, 2019). Al evaluar el desarrollo de las estrategias de transversalización de género en el área salud en la región se puede valorar que existe una fuerte concentración en tres grandes temas: salud sexual y reproductiva, violencia contra las mujeres y VIH/sida. La OPS afirma que se hace necesario promover y apoyar la integración de la perspectiva de género en el desarrollo de todo el ciclo de programación en salud (OPS, 2019).

A nivel local en materia de género se realizó la consultoría de la Oficina de Planificación y Presupuesto (OPP) “Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género” realizada por consultores Alejandra López y Pablo López que tuvo como objetivo presentar un diagnóstico que busca identificar las brechas de género en el campo de la salud, los factores explicativos, patrones de evolución y modelos de relaciones de género que las sustentan analizando las estadísticas nacionales, encuestas e investigaciones sobre brechas en género y salud. Esta consultoría concluye que, para robustecer el desarrollo de políticas en salud transformadoras de las desigualdades de género como determinante estructural de la salud-enfermedad-atención, es necesario incorporar el enfoque de equidad de género y derechos humanos en los distintos planos del proceso de formulación de la política pública, incluyendo los sistemas de información, la organización de los servicios, el monitoreo y seguimiento de la calidad de las prestaciones, las prácticas profesionales y la formación de los recursos humanos de la salud (López y López, 2016).

La incorporación del enfoque de género en las políticas públicas de salud es un proceso que se inició tímidamente hacia comienzos de la década de los 90 y que está lejos de transversalizar todas las políticas del sector. Se trata de una tendencia que merece destacarse en la medida que progresivamente se ha instalado en las políticas públicas, en particular a través de la creación de mecanismos institucionales para la incorporación del enfoque de equidad de género en todos los campos de la salud (López y López, 2016).

El cambio del modelo médico hegemónico -de cuño patriarcal⁵- centrado en lo materno-infantil es uno de los imperativos para modificar las tendencias actuales. Ello implica, entre otras cuestiones, incorporar el enfoque de género en la formación de los RRHH en salud y en la organización de la atención sanitaria que favorezca procesos de calidad de atención centrada en los derechos de las personas (López y López, 2016).

A nivel nacional, las políticas de igualdad de género han cobrado relevancia creciente. La institucionalidad de género, si bien aún es débil, ha logrado permear distintos campos de la política pública. En el caso de las políticas de salud se puede observar una mayor visibilidad del efecto de las desigualdades de género en distintos componentes de la salud de la población, aunque este enfoque no ha logrado permear la visión de todas las políticas que atienden asuntos específicos del estado de salud de la población y sus determinantes (López y López, 2016).

La OPP en el diagnóstico prospectivo hacia una estrategia nacional de desarrollo llamado “Sistemas de género, igualdad y su impacto en el desarrollo de Uruguay al 2050” determina que las políticas públicas de salud no incorporan suficientemente las diferencias entre las identidades de género en la salud preventiva, los factores de riesgo, los tipos de enfermedades, los tratamientos y las causas de muerte, con excepción de algunas enfermedades en particular, en las que sí se integran por definición como el cáncer de mama (OPP, 2018).

La Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030 elaborada por el Consejo Nacional de Género del Uruguay durante el tercer gobierno del Frente Amplio marca en su directriz de política IX.2. la necesidad de “Incorporar el enfoque de género en todas las áreas de la salud” (CNG, 2017). Esta Estrategia es un buen ejemplo de la ampliación de temas de la agenda de género y salud, más allá de los temas referidos a salud sexual y reproductiva. “La IX aspiración estratégica de este plan busca consolidar el Sistema Nacional Integrado de Salud

⁵ El patriarcado es una política sexual ejercida fundamentalmente por el colectivo de varones para dominar al colectivo de mujeres (Millett, 1970). Este término recibió críticas que llevaron al desarrollo del concepto de heteropatriarcado que entiende la heterosexualidad como sistema político, base “del sistema patriarcal, racista y clasista imperante [...] partiendo de analizar cómo en la mayoría de las culturas hoy conocidas y existentes, dominan arreglos sociales netamente patriarcales y basados en la heterosexualidad como norma” (Falquet, 2006: 16-19).

para brindar servicios universales e integrales, desde un enfoque de género transversal aplicable a numerosos temas de la agenda de salud. Entre ellos cabe destacar: el acceso universal a la salud mental (IX1.d.); asegurar el acceso a la medicación adecuada acorde a las necesidades de cada persona; promover la disminución de la prescripción y el consumo de psicofármacos en las mujeres (IX1.h.); garantizar la atención integral a las personas trans mediante el acceso a tratamientos hormonales y de reasignación de sexo para quienes lo decidan (IX1.f.); impulsar desde los equipos de salud la desnaturalización de los estereotipos de género, promoviendo estilos de vida saludables relacionados a los hábitos alimenticios, a la actividad física y al uso del tiempo libre (IX1.c.); incorporar a los programas educativos de salud la temática de género y derechos humanos de manera específica, en todos los niveles y transversalizar la perspectiva de género en todas las asignaturas de la formación técnica y profesional en salud (IX2.a.); promover la formación y la capacitación continua de profesionales y personal de salud en género, diversidad sexual, y dimensión étnico-racial, para una atención humana y calificada (IX2.b.); profundizar la capacitación del equipo de salud del primer nivel de atención para la detección, primer abordaje y derivación de situaciones de violencia de género (IX2.c.); y fortalecer los mecanismos de participación ciudadana, asegurando la participación de las y los usuarios en los ámbitos establecidos en el sistema de salud e instrumentar mecanismos eficientes para recibir propuestas y denuncias que permitan dar respuesta a problemas y lagunas detectadas (IX2.d.). La estrategia también aborda temas de la agenda de género y salud sexual y reproductiva desde enfoques no tradicionales; por ejemplo, resaltando la interseccionalidad para generar mayor acceso a la salud (IX3.b.); asegurando el acceso universal a la atención integral en salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, con o sin discapacidad” (CNG, 2017). Este es un aspecto central ya que en la región de las Américas, de tres enfoques básicos (salud de las mujeres, salud sexual y reproductiva y género y salud), el enfoque de salud empleado en la amplia mayoría de las políticas de igualdad de género es el de salud sexual y reproductiva (OPS, 2019).

El análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el marco legal vigente del SNIS y los vacíos existentes puede ser un aporte para comprender cuál es la situación de la que se parte y por donde avanzar para jerarquizar la incorporación de la perspectiva de género en la atención a la salud.

En los siguientes capítulos se desarrollará el trabajo de investigación guiado por los objetivos previamente definidos. En el Capítulo 2 se describe el marco teórico conceptual con una delimitación de las categorías de análisis seleccionadas que serán género, salud y política

pública. En el Capítulo 3 se define el camino metodológico elegido para cumplir con los objetivos propuestos con su enfoque metodológico, métodos, técnicas e instrumentos seleccionados. En el Capítulo 4 se pasa a desplegar el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas y del análisis de contenido realizando una triangulación entre ambas técnicas. En el Capítulo 5 se desarrollan las conclusiones del presente trabajo.

Capítulo 2: Marco teórico-conceptual

Categorías conceptuales para el análisis

En este capítulo se desarrollan las ideas teóricas que aportan a caracterizar y orientan el análisis a través del uso de categorías.

En este trabajo se analiza la perspectiva de género existente en el SNIS durante los gobiernos del Frente Amplio. Por esto las principales categorías de análisis a incorporar son el “género” y la “salud”. El concepto de género ha ido evolucionado desde mitad del siglo XX desde conceptualizaciones que lo vinculan con aspectos culturales y simbólicos a teorizaciones más recientes que incorporan el cuerpo y los aspectos biológicos a su definición. A su vez el concepto de salud ha ido evolucionando desde concepciones más biologicistas, más centradas en una lógica vinculada a lo corporal y desde una visión binaria mente/cuerpo, a definiciones que se dejan permear por las ciencias sociales y por cómo las relaciones sociales y los aspectos culturales influyen en la salud de las personas y cómo dialogan con el dato biológico. Por eso en este estudio es importante partir de las subcategorías vinculadas a las categorías de género y a la categoría de salud que llevan al punto de encuentro entre estas permitiendo así comprender la necesidad de la transversalización de género en las políticas de salud.

Por lo expuesto, las sub categorías de “género” desarrolladas para este trabajo incluyen, la interseccionalidad y la matriz de inteligibilidad heterosexual que avanza en complejizar su conceptualización para hacerla imbricarse con otras matrices de desigualdad y con los aspectos biológicos. A su vez se incluyen las subcategorías de igualdad de género en salud como elaboraciones teóricas dentro de la categoría que marca el horizonte ético-político hacia el que se busca orientar las políticas públicas de salud, que son el eje de esta investigación.

Es relevante así mismo incorporar dentro de la categoría de análisis “salud” las subcategorías proceso salud-enfermedad-atención y género como determinante social de la salud que permiten una mirada más integral a esta categoría ubicándola dentro de un paradigma que necesariamente se relaciona con los aspectos vinculados a la categoría género.

Finalmente al analizar la incorporación de la perspectiva de género en una política pública de salud como es el SNIS se hace necesario incorporar la categoría de “política pública” para poder comprender el proceso que se pretende estudiar. Esta categoría se desarrolla con sus subcategorías en cuanto a su relación con la perspectiva de género que son de políticas de salud sensibles al género y transversalización de género en salud.

2.1. Género

El concepto de género ha tenido un amplio desarrollo teórico. La historiadora Joan Scott (1996) aporta una definición que supera muchas de las dificultades a las que se enfrentaban las que la precedieron. Para Scott (1996) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1996). Es importante tener en cuenta que el género es una construcción socio-cultural e histórica vinculada a lo que cada sociedad, en cada momento histórico adjudica como vinculado a lo femenino y a lo masculino (Scott, 1996). Esta autora define cuatro componentes principales del género: 1) “Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples”. 2) “Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino”. 3) “Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política”. 4) La identidad. Scott señala que, “aunque aquí destacan los análisis individuales, las biografías, también hay posibilidad de tratamientos colectivos que estudian la construcción de la identidad genérica en grupos” (Scott, 1996).

La definición de Scott tiene el mérito de superar esencialismos y miradas que conceptualizan el género de manera ahistórica. Al referirse al género como relaciones sociales entre los sexos muestra que no hay un mundo de mujeres por fuera del mundo de los hombres y que la información sobre las mujeres necesariamente es información sobre los hombres (Lamas, 1999).

Marta Lamas (2002), quien valora positivamente el aporte que realiza Scott a la definición de género, afirma que “hoy se denomina género al conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que se elaboran a partir de la diferencia anatómica entre los sexos. O sea, el género es lo que la sociedad considera lo ‘propio’ de los hombres y lo ‘propio’ de las mujeres. Se reproduce mediante costumbres y valores profundamente tácitos que han sido inculcados desde el nacimiento con la crianza, el lenguaje y la cultura. Cambia históricamente, de época en época, mientras que la diferencia biológica se sostiene a lo largo de los siglos. Es también una lógica cultural omnipresente en todas las situaciones sociales. El ser humano introyecta esquemas mentales de género con los cuales

clasifica lo que lo rodea: es un filtro a través del cual percibimos la vida. También los mandatos de género se encarnan en el cuerpo, por lo que es como una armadura que constriñe las actitudes y acciones corporales” (Lamas, 2002). Con esta definición, Lamas, valora que la definición cultural incluye la división sexual de trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio de poder junto con las características que se atribuyen exclusivamente a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad. Las mujeres y los hombres no tienen esencias que se deriven de la biología sino que son construcciones simbólicas, produciéndose así un sujeto relacional (Lamas, 2002). Una operación simbólica básica es atribuir significado a los cuerpos de mujeres y varones construyendo socialmente la masculinidad y femineidad. Esta construcción es usada para justificar la discriminación por sexo y por prácticas sexuales. Esta autora incorpora al análisis la necesidad de entender que en el ser humano, y también en la comprensión del concepto género, lo subjetivo juega un papel determinante y esto incluye también la forma individual en que el dato biológico es simbolizado en el inconsciente (Lamas, 2002).

Continuando con este desarrollo teórico Elizabeth Badinter afirma que masculinidad y femineidad son construcciones relacionales, no se puede comprender una sin que haga referencia a la otra. Es así como desarrolla que la masculinidad es relativa y reactiva de tal modo que cuando cambia la femineidad, la masculinidad se desestabiliza (Badinter, 1993). Esta autora elabora en torno al concepto de identidad sexual como una construcción en base a la identificación con las similitudes con quienes son de su mismo sexo y las diferencias que percibe con el otro. Esto genera una constante necesidad del varón de autoafirmación de la masculinidad debiendo probar constantemente que no es una mujer, que no es un bebe y que no es homosexual (Badinter, 1993).

2.1.1. Interseccionalidad

Este concepto fue creado por la abogada afro-estadounidense Kimberlé Crenshaw para evidenciar la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras negras de la compañía estadounidense General Motors (Vigoya, 2016). Posteriormente se fue desarrollando la interseccionalidad como paradigma, entendida a nivel de grupos y sujetos y también a nivel estructural, dando cuenta de las bases materiales de la desigualdad (Magliano, 2015). Esta conceptualización surge del cuestionamiento de las feministas negras al falso universalismo generado por el feminismo blanco burgués por entender que teorizaron como si todas las mujeres fueran blancas. La perspectiva interseccional, que emerge como una apuesta teórico-metodológica para comprender las

relaciones sociales de poder y los contextos en que se producen las desigualdades sociales, hace posible un análisis complejo de la realidad vivida por los sujetos mediante el abordaje de las diferentes posiciones y clasificaciones sociales, históricamente situadas (Magliano, 2015). La interseccionalidad viene a complejizar la concepción de género al concebirla una dimensión entre otras dentro del complejo tejido de las relaciones sociales y políticas. La perspectiva interseccional sugiere que no existe una percepción de género que sea racial y étnicamente ciega, a la vez que no existe una percepción étnica y racial que sea genéricamente ciega (Magliano, 2015). Esta mirada implica evitar análisis aditivos (raza + clase + género) sino pensar en el género siempre racializado, siempre influido por la clase y así sucesivamente. Las categorías interseccionales deben conceptualizarse como procesos dinámicos, fluidos que se encuentran insertos en contextos sociales, espaciales y temporales específicos. En cuanto a sus categorías de análisis clásicamente se incluyen etnia/raza, género y clase pero algunos estudios incluyen la edad, la nacionalidad, la sexualidad, la discapacidad, entre otras. Lo importante es que para ciertos grupos sociales en ciertas condiciones históricas algunas categorías son más importantes que otras (Magliano, 2015).

La inadecuada atención a la interseccionalidad puede tener un costo importante para la salud de las personas ya que quienes ven más afectada su salud son en general aquellas personas más oprimidas en base a género y otras formas de inequidad social (Sen y Östlin, 2008).

2.1.2. Matriz de inteligibilidad heterosexual

Una discusión en torno a la definición de género particularmente relevante para el tema de este trabajo es el lugar adjudicado a la diferencia corporal y específicamente al sexo. Aunque clásicamente la biología describe la existencia de dos sexos, son más las combinaciones de las 5 áreas que definen lo que se suele llamar “sexo biológico”: genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos y órganos reproductivos externos (Lamas, 1999). Conforman así un continuum más que una dicotomía entre lo femenino y lo masculino incorporándose la noción de intersexo. Desde un punto de vista fisiológico la dicotomía hombre/mujer es, más que una realidad biológica, una realidad simbólica o cultural (Lamas, 1999).

El concepto de género surge del discurso biomédico usado para distinguir el sexo, referido a lo biológico, de las construcciones sociales y culturales que sobre él se depositan. El sexo haría referencia a la biología y a la fisiología y el género, a una transformación psicológica del yo, a una convicción interna de ser hembra o macho y a las expresiones conductuales de dicha convicción. Posteriormente surgen cuestionamientos a este dualismo sexo-género

entendiendo que el sexo también es cultura. La bióloga Anne Fausto Sterling (2006) afirma que cuanto más buscamos una base física para el sexo más claro resulta que el sexo no es una categoría puramente física. Las señales y funciones corporales que definimos como masculinas o femeninas están ya imbricadas en nuestra concepción de género (Fausto-Sterling, 2006). Se suma así a otras pensadoras que colocan su conceptualización superando el dualismo sexo-género. Cada vez que intentamos volver al cuerpo como algo que existe con anterioridad a la socialización, al discurso sobre lo masculino o lo femenino descubrimos que la materia está colmada por los discursos sobre el sexo y la sexualidad que prefiguran y constriñen los usos que pueden darse a ese término (Fausto-Sterling, 2006). Si la materia ya contiene nociones de género y sexualidad no puede ser un recurso imparcial sobre el que construir teorías “científicas” u “objetivas” del desarrollo y de la diferenciación sexual. El cuerpo es un sistema que produce y es producido por significantes sociales y es el resultado entre naturaleza y entorno (Fausto-Sterling, 2006). Judith Butler (1999) critica fuertemente la división mente/cuerpo y propone que la noción de sexo esta tan culturalmente construida como el género, afirma que quizá siempre fue género (Butler, 1999). Esto la lleva a reemplazar la noción de opresión de un género sobre otro por la idea de una matriz de inteligibilidad heterosexual que produce tanto a los géneros binarios como también a todas aquellas personas que no encajan en las expectativas del binarismo y que serán consideradas como anormales, peligrosas, monstruosas (Butler, 1999). El régimen o matriz de inteligibilidad de heterosexualidad es una matriz de interpretación y acción sobre el mundo organizada por los principios de la heterosexualidad y los géneros binarios (Butler, 1999). Esta matriz establece una relación de causalidad entre el sexo, el género y el deseo sexual que implica una supuesta continuidad y coherencia natural y que determina el campo de la normalidad. Los fundamentos de dicha matriz remiten al sexo biológico que nunca ha dejado de ser considerado natural y ahistórico. En este sentido, Butler sostiene que este fundamento biologicista de la matriz es en realidad efecto del discurso del género que, en el forzamiento de la diferenciación con el sexo, arrojó a éste al campo de lo prediscursivo, de lo natural, de lo ahistórico convirtiéndolo en incuestionable (Butler, 1999). Butler sostiene que el género, inscripto en la matriz de inteligibilidad de heterosexualidad, es el que determina la normalidad del deseo así como la condición natural del sexo. Para Butler hay géneros ‘inteligibles’ que instauran y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo exigiendo que algunas identidades no puedan existir porque en ellas el género no es consecuencia del sexo o las prácticas del deseo no son “consecuencia” ni del sexo ni del género (Butler, 1999). Es así cómo según los cánones de la heteronormatividad, solo existen dos identidades sexuales

verdaderas, a saber: 'hombre' y 'mujer'. Se trata de dos modelos morfológicos ideales en los que se constata una coherencia perfecta entre sexo biológico, género y deseo (Butler, 1999). Esta normatividad heterosexual impuesta a la humanidad es limitante y opresiva, pues no da cuenta de la multiplicidad de posiciones de sujeto y de identidades de personas que habitan el mundo (Lamas, 1999). No hay forma de distinguir qué aspectos del cuerpo están libres de “imprint cultural”, o sea, de género porque no hay cuerpo que no haya sido marcado por la cultura (Lamas, 1999).

Esta conceptualización de matriz de inteligibilidad heterosexual aporta en el campo de la salud a evitar las simplificaciones o falsas dicotomías entre lo social/cultural y lo natural/biológico a la hora de pensar la atención a la salud. Dentro de este trabajo cuando se hace referencia al género no implica la exclusión de los aspectos biológicos ni de la sexualidad y cuando se hace referencia al sexo no se pretende hablar sobre una “verdad” biológica pre-existentes a los aspectos culturales y sociales ni naturalizar una diferencia sexual.

2.1.3. Igualdad de género en salud

Para la OPS, la igualdad en la salud se refiere al “derecho de individuos y grupos a acceder y recibir niveles similares de atención y oportunidades para desarrollar y mantener su salud física y mental” (OPS; 2019). La equidad en la salud, en contraste, “se refiere a asegurar que todos los individuos y poblaciones tengan los recursos y oportunidades que requieran para superar las desventajas que obstaculizarían el alcance de su potencial total de salud mental y física” (OPS, 2019). Por desigualdades en materia de salud se entienden “las diferencias en el estado de salud, el acceso a los servicios u otros resultados de salud” (OPS; 2019). Una de las rutas hacia la igualdad de género es la eliminación de las inequidades en la salud por razón de género (OPS, 2019).

“Las oportunidades para tener salud son desiguales y están injustamente distribuidas; dependen de la manera como se estructura y funciona la sociedad en relación al acceso al poder, recursos (materiales y simbólicos) y sistema de privilegios; y están relacionadas con jerarquías sociales según clase social, generación, etnia, género, entre otras” (Gómez, 2002). La perspectiva de género en las políticas de salud debe incluirse ya que las inequidades de género vulneran el ejercicio del derecho a la salud de las personas (Gómez, 2002). Los efectos que el sistema de salud puede tener sobre las personas se derivan de distintas causas: diferentes necesidades de atención, distintos riesgos de las actividades consideradas como masculinas o femeninas, diferencias en las percepciones de las personas sobre la enfermedad según género,

distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención, desigualdades en el acceso a recursos básicos y a servicios básicos. (Rodríguez y Perazzo, 2009). La equidad de género en la salud, como estrategia para la igualdad, implica eliminar aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre hombres, mujeres y disidencias sexuales que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico. Esta busca acercarse a la igualdad en el estado de salud obteniendo niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social entre las personas. Para ello, en la atención en salud, los recursos deben asignarse según las necesidades particulares y no según la capacidad económica, con equidad en las responsabilidades, en los beneficios de desarrollo y en el poder de decisión (Gómez, 2002). Existen nudos estructurales que impiden el avance hacia la igualdad de género en salud, para abordarlos deben tenerse en cuenta metas estructurales como reconocer el valor de la economía de cuidados en el sector salud y en la salud de las mujeres, prevenir y reducir el embarazo en la niñez y la adolescencia, promover desde la infancia una educación inclusiva de la diversidad y sensible al género, promover la salud de los hombres abordando la construcción de masculinidades y sus implicancias y disminuir las barreras para el acceso a servicios de salud a poblaciones más desfavorecidas (ruralidad, afrodescendientes, diversidad sexual, trabajadoras sexuales, etc.) (OPS, 2019).

2.2. Salud

Este trabajo se posiciona desde un modelo de salud bio-psico-social y desde la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental inherente a todas las personas sin distinción según nacionalidad, lugar de nacimiento, sexo, origen nacional o étnico, religión o cualquier otra condición (Prosalus y Cruz Roja, 2014).

Este modelo se desarrolla a raíz de la Constitución de la OMS en 1948 y las posteriores críticas y desarrollos teóricos que se desprenden de ella. De acuerdo con la definición adoptada por la OMS (1948), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántara, 2008). Esta definición ha recibido críticas por equiparar bienestar a salud y por ser utópica ya que es imposible obtener un “completo” bienestar. A esto se le suman las críticas por ser una definición estática.

En 1972 el Dr. Salvador Allende ofrece una definición que supera estas dificultades al concebir la salud como “proceso dialéctico, biológico y social producto de la interrelación (...) con el medio ambiente, influido por las relaciones de producción y que se expresa en niveles de bienestar físico, mental y social” (Tomasina, 2011). La salud vista desde este punto de vista

tiene como un determinante central el trabajo y desde una perspectiva feminista se debe incluir tanto el trabajo productivo/remunerado como el trabajo reproductivo/no remunerado. El trabajo doméstico o reproductivo es una esfera de las relaciones de producción ya que implica producir la fuerza de trabajo que es empleada por el capital (Federici, 2018).

Milton Terris (1980) avanzó a hablar de grados de salud y grados de enfermedad (Gil, 2016). La salud y la enfermedad formarían un continuo en el que la enfermedad ocuparía el polo negativo y la salud su polo positivo en cuyo extremo se encontrará el óptimo de bienestar según la definición de la OMS. En el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, ya que ambas situaciones coexisten. Tanto en el polo positivo (salud) como en el polo negativo (enfermedad) podrían distinguirse diferentes gradaciones de salud o enfermedad generando un continuo enfermedad-salud (Gil, 2016). La salud y la enfermedad son influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos estos factores actúan sobre la zona neutra de la graduación, provocando la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad según sean positivos o negativos para la salud (Gil, 2016).

2.2.1. Proceso salud enfermedad atención

La salud-enfermedad es un proceso social que implica una gran cantidad de variaciones. Además de este carácter procesual se debe considerar que la salud-enfermedad supone siempre respuestas sociales sea tanto ante el deterioro de la salud como a las maneras de mantenerla. Desde una mirada que recupera el carácter inevitable de los padecimientos, enfermedades y daños a la salud, Menéndez (1994) propone utilizar la categoría salud-enfermedad-atención que alude a un universal que opera estructuralmente en toda sociedad. El autor agrega la atención, al considerar que los procesos salud-enfermedad suponen respuestas sociales. Para Menéndez (1994), tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen hechos sociales, y por tanto, generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud. “Es por esto que se puede considerar que los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas e ideológicas, frente a los procesos de salud-enfermedad, una parte de las cuales se ha organizado profesionalmente delimitando una manera legitimada de entender y de actuar ante los daños a la salud y también orientando, normalizando formas “correctas” para prevenir o evitar el desarrollo de ciertos padecimientos y/o favorecer la salud” (Pagnamento *et al*, 2016). Considerado en términos estructurales, el proceso salud-enfermedad-atención supone la

existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud. En determinadas sociedades, en razón del desarrollo de procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos, se construyeron sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos (Menendez, 1994). “Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se sociologizan y culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales. En consecuencia, la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales” (Menendez, 1994). En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control, estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural (Menéndez, 1994).

No es posible afirmar que existan fenómenos biológicos escindibles de los procesos sociales y simbólicos, más bien se trata de abordar fenómenos sociales entre los que podremos identificar procesos biológicos humanos (es decir procesos biológicos que son al mismo tiempo sociales) que se producen en un entramado particular de relaciones sociales y que requieren respuestas (también eminentemente sociales) en tanto permiten la producción y reproducción de toda sociedad (Pagnamento *et al*, 2016). Este concepto es importante al estudiar las temáticas de género y salud ya que las diferencias y las desventajas de género en el campo de la salud se manifiestan no sólo en la distribución de la enfermedad en una población determinada, sino en la forma como se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a las personas enfermas, y en los modelos empleados para estructurar los sistemas de salud y la seguridad social (Estrada, 2009).

2.2.2. Género como determinante de la salud

Los resultados en materia de salud se dan en función de las consideraciones biológicas y de los factores socioeconómicos, culturales y ambientales. En la actualidad, se cuenta cada vez con más datos en favor de la influencia que tienen sobre la salud los roles sociales y las relaciones basadas en la posición social, los valores y el comportamiento que se atribuyen a los hombres, las mujeres y disidencias sexuales (OPS, 2010). La enfermedad y sus causas biológicas y conductuales siguen determinados patrones sociales lo que evidencia que los

determinantes individuales están influenciados por determinantes sociales estructurales que operan en grupos de personas simultáneamente en nuestras sociedades explicando porque la carga de enfermedad siempre afectó más a los grupos socialmente menos favorecidos. Los fenómenos biológicos y los sociales no ocurren en mundos ajenos ni paralelos ya que los determinantes sociales impactan en la biología corporizándose en ella por lo que es posible afirmar que la salud es un concepto social, más que un concepto restringido a la biología o a la medicina (Gil, 2016). Desde el proceso intrauterino hasta la muerte ningún aspecto de nuestra biología puede entenderse sin conocimiento del contexto histórico de las maneras de vivir, tanto individuales como sociales. Estas fuerzas sociales que afectan nuestra salud anteceden a las propias personas antes de su nacimiento y después las envuelven y afectan durante toda su vida por lo que no depende solamente de las decisiones individuales (Gil, 2016). “Estas fuerzas modelan en las sociedades estructuras de poder que estratifican de manera jerárquica a las personas. Los sistemas de estratificación social que más afectan a la salud en las sociedades contemporáneas son la clase social, el género y la etnia, que condicionan a través de la educación, la ocupación y el salario el acceso a recursos materiales, conductuales y psicosociales que a su vez determinan la salud” de las personas (Escolar, 2008). A estas fuerzas se les llama determinantes sociales de la salud. Todos los determinantes sociales son construcciones humanas por lo que pueden deconstruirse o construirse de otra manera (Gil, 2016). Esta concepción implica que la noción de salud se entrelaza con la noción de política ya que para lograr modificar los determinantes sociales de la salud se requiere acción política para superar las desigualdades del poder económico y social y por lo tanto se dota de contenido político el discurso del derecho a la salud (Echegoyemberry, 2021)

Un modelo que resulta muy útil para explicar el papel del género como determinante de la salud es el propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Östlin, 2007). Este modelo marca en primer lugar que el género se vincula con diferentes determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, mediano y largo plazo. Determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual en mujeres, hombres y disidencias sexuales. Con respecto a este punto en el ámbito laboral en Uruguay existen diferencias salariales según género con una brecha entre hombres y mujeres que se ha mantenido estable, una segregación vertical con menor acceso a los puestos con mayor poder de decisión tanto en el sector público como privado y una ausencia de acciones de corresponsabilidad o de conciliación familia-trabajo por parte de las empresas lo que dificulta el acceso y la permanencia en los puestos de trabajo para las mujeres (Batthyány et al,

2014). En relación a las personas trans estas están expuestas a mayor privación socioeconómica lo que reduce las opciones de vida a situaciones como el trabajo sexual, que pueden llevar a mayores riesgos de salud y, al mismo tiempo, tienden a reforzar el mismo estigma que ha contribuido a la privación en el primer lugar (OPS, 2012). Estos factores inciden de forma negativa en la situación socio-económica de las mujeres y disidencias sexuales. En segundo lugar, para este modelo, el género es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Un elemento central en este aspecto es lo relativo a la división sexual del trabajo que conlleva diferentes riesgos y vulnerabilidades en salud (Sen y Östlin, 2007). Este fenómeno genera una segregación laboral que lleva a una fuerte feminización de algunas fuentes de trabajo y masculinización de otras con la concentración de las mujeres en un número limitado de ocupaciones (Batthyány et al, 2014). Esta situación impacta en la salud, por ejemplo, en algunos contextos, los hombres han estado más tradicionalmente expuestos a accidentes y a lesiones de la industria como consecuencia de trabajos manuales y las mujeres, por sus condiciones de vida, derivan en problemas relacionados con ambientes domésticos con gran responsabilidad en el cuidado de la infancia (Gil, 2016).

En tercer lugar este modelo marca que el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género. Las personas, según su género, reciben una atención sanitaria desigual (Sen y Östlin, 2007). Con respecto a este punto distintos estudios muestran cómo el género influye en el uso de los servicios de salud (Gómez, 2002). Las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio (Gómez, 2002). Numerosos estudios han señalado que las mujeres tienen mayor tendencia a definir su salud como afectada, lo que lleva a un mayor uso de los servicios de atención a la salud (Payne, 2014). Sobre esto afirma Silvia Federici (2018) “el peso con el que aún cargan las mujeres se refleja claramente en sus historias clínicas. Se habla mucho acerca de que las mujeres viven más tiempo que los hombres pero sus dossiers médicos cuentan una historia diferente” (Federici, 2018). La socialización diferencial según género influye en las actitudes y conductas en la búsqueda de atención en salud. Las mujeres en su rol de cuidadoras de la salud aprenden a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales e informales de cuidado de la salud (Gómez, 2002). En cambio para la masculinidad hegemónica la enfermedad y la búsqueda de atención son signos de debilidad y se contradicen con el mandato de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio esperada para los hombres (Gómez, 2002). Sin embargo, ante problemas de salud graves las conductas vinculadas a la búsqueda de

atención en salud según género tienden a ser similares (Gómez, 2002). En cuanto al uso de los servicios de salud por parte de las disidencias sexuales diversos estudios revelan que las personas trans consideran los hospitales y otros centros de salud como insensibles o excesivamente discriminatorios, y que son lugares a donde debe acudir sólo en casos de extrema necesidad (OPS, 2012). A este análisis se debe sumar que los sistemas de salud presentan sesgos de género que benefician de forma diferente a hombres, mujeres y disidencias de género (Gómez, 2002). La medicalización de procesos reproductivos y la fragmentación de la atención son algunos de los factores que pueden llevar a un mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres exponiéndose así a diagnósticos excesivos y a la aparición de trastornos iatrogénicos que lleven a una subsecuente utilización de estos servicios (Gómez, 2002). Otro aspecto que lleva a sesgos de género en la atención en salud es la noción de cuerpo humano homogéneo, universalizable, en una medicina basada en la evidencia científica obtenida de ensayos clínicos que incluyen como participantes mayoritariamente a varones cis⁶, blancos, con normopeso como participantes de estos (Paz y Ramírez, 2019). Este androcentrismo lleva a la desestimación de síntomas en las mujeres ocasionado daños importantes y subdiagnósticos, por ejemplo el infarto de corazón entendido erróneamente como ‘enfermedad de varones’ (Hendel, 2017). Finalmente, los y las profesionales de la salud tienden a dar por descontado estos modos de gestión de salud según género, favoreciendo el asentamiento de los mismos, aliándose con los mandatos sociales de masculinidad y femineidad y reforzando su impacto en la salud (Fabbri, 2019).

Este modelo descrito por Sen y Östlin (2007) aporta a comprender las características epidemiológicas de nuestro país. En promedio en Uruguay existe una alta esperanza de vida al nacer y predominan las enfermedades crónicas que requieren de políticas intersectoriales que atiendan los determinantes asociados y sus consecuencias (López y López, 2016). La expectativa de vida y la morbi-mortalidad no es homogénea ya que las mujeres y disidencias sexuales sufren problemas de morbilidad y mortalidad prevenibles como consecuencia directa de la discriminación por razones de género (OPS, 2019). Al desglosar los datos por sexo y género vemos que las mujeres viven más tiempo que los hombres pero a menudo pasan estos años de vida adicionales con mala salud (López y López, 2016). Por su parte, las personas trans presentan una esperanza de vida muy inferior a la media, por debajo de los 45 años (Gelpi y Forrís, 2015). Además de las diferencias en las expectativas de vida, las causas de muerte

⁶ El concepto de cis hace referencia a la persona cuya identidad de género es concordante con su sexo asignado al nacer (Varela, 2019).

también tienen variaciones según sexo (López y López, 2016). Las principales causas de muerte en los varones son las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y las muertes violentas. Para las mujeres son, en primer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio y luego las neoplasias (López y López, 2016). En este tema se debe mencionar la importancia del feminicidio en el caso de las mujeres y las tasas de suicidio ascendente con especial incremento en el caso de los varones (López y López, 2016). En lo que refiere a los hábitos saludables, las mujeres realizan menos actividad física que los varones, el consumo de tabaco en varones y mujeres muestra una tendencia al descenso y se incrementa la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población de ambos sexos (López y López, 2016). Asimismo, se observa un aumento en el consumo de alcohol por parte de varones y mujeres, pero los varones duplican el consumo femenino (López y López, 2016). Estos elementos tienen relevancia en el cambio necesario hacia políticas de salud orientadas a la prevención (López y López, 2016).

Para avanzar en la igualdad de género las políticas de salud deben formular un marco de derechos humanos basado en la equidad de género y crear ambientes institucionales propicios (Sen, George y Östlin, 2005). Algunas normas para las políticas de los sistemas de salud son reconocer los determinantes biológicos y los sociales de la desigualdad de género, reconocer que el sesgo de género y la inequidad existen y funcionan a lo largo de muchas dimensiones de los servicios y en diferentes subcampos y la necesidad de abordar las consecuencias transversales de la inequidad de género con otros estratificadores sociales como clase o raza (Sen, George y Östlin, 2005). Desde la atención a la salud se debe incorporar la valoración de las vulnerabilidades y los requerimientos biológicos ligados al sexo, la exposición a riesgos asociados con ciertos tipos de conductas/actividades esperadas y realizadas predominantemente por uno u otro sexo dentro de contextos socio culturales específicos, y en los ámbitos laboral, doméstico, comunitario, recreativo, y de relaciones personales, el acceso desigual a los recursos considerados como determinantes socio económicos de la salud, incluyendo la atención apropiada a las necesidades específicas de salud, las relaciones desiguales de poder frente a la toma de decisiones sobre la propia salud e integridad, incluyendo, pero no limitándose a, la esfera sexual y reproductiva, el manejo desigual de las consecuencias sociales de la enfermedad, identificar las barreras por sexo para el acceso a la salud y las responsabilidades para eliminarlas (Gómez, 2011).

2.3. Política Pública

Toda política pública apunta a la resolución de un problema público reconocido como tal en la agenda gubernamental. Es por lo tanto la respuesta del sistema político-administrativo a una situación de la realidad social juzgada como inaceptable (Subirats, 2008). La noción de política pública hace referencia a las interacciones, alianzas, y conflictos en un marco institucional específico, entre los diferentes actores públicos, parapúblicos y privados para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concertada (Subirats, 2008).

Al referirse en este trabajo a una política pública de atención a la salud se define la política pública como “a) un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, por cuanto se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; b) acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la magnitud y tipo de interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y sectores de la ciudadanía; c) acciones que han sido decididas por autoridades públicas legítimas; d) acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y e) que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y de la sociedad” (Aguilar, 2000).

Esta definición implica que una política pública no es una acción de gobierno singular y pasajera, sino que hace referencia a un conjunto de acciones estables que constituyen el modo o patrón de comportamiento de un gobierno con respecto a la atención de determinado problema público. La política pública consiste en acciones intencionales y causales para afrontar un objetivo de interés (Aguilar, 2000).

Esta noción de política pública incorpora el conjunto de actividades normativas y administrativas que tratan de solventar o mejorar problemas reales. Consiste en un conglomerado de diferentes actividades generadas por un conjunto muy variado de decisiones políticas y administrativas (Subirats, 2008).

2.3.1. Políticas de salud sensibles al género

Las políticas son sensibles al género cuando examinan y abordan los resultados esperados relacionados con el género en el diseño y en la implementación (Dinys, 2011).

Las políticas públicas han avanzado en incorporar al género como un problema del desarrollo y han incorporado nuevos marcos conceptuales que surgen para ofrecer diferentes perspectivas en la conceptualización del género en el proceso de elaboración de políticas. Estos marcos buscan virar desde las políticas “ciegas al género” hacia políticas “sensibles al género” al repensar las prácticas y los conceptos teniendo en cuenta la división sexual del trabajo y basándose en una comprensión diferente de poder e inequidad (Kabeer, 1994).

Las ‘políticas ciegas al género’ son aquellas que no tienen en cuenta el impacto diferencial entre varones, mujeres y disidencias sexuales (Kabeer, 1994). Estas son generalmente, de forma implícita, sesgadas y androcéntricas ya que se basan en beneficiar a personas con características supuestamente universales que en general corresponde a características masculinas y tiende a reproducir las desigualdades preexistentes (Kabeer, 1994). Las instituciones están generizadas, esto quiere decir que el género no es un agregado a un proceso concebido como neutral al género, sino que es una parte integral de los procesos que no pueden ser completamente comprendidos sin un análisis de género (Acker, 1990).

La incorporación de la perspectiva de género en los marcos legales es un aspecto de jerarquía para valorar en qué medida se tiene en cuenta este aspecto en el diseño de las políticas, pero esto corresponde al ámbito de la igualdad formal importante que no debe confundirse con la igualdad real o sustantiva (Dinys, 2011).

Entre las ‘políticas sensibles al género’ existen distintos enfoques que conviven y no necesariamente se anulan entre sí. Podemos diferenciar entre estas las políticas hacia las mujeres y las políticas con enfoque de género (Rodríguez, 2008). Dentro de estas últimas encontramos las políticas de igualdad de oportunidades, las de acción afirmativa y las políticas de transversalidad. Las políticas de igualdad de oportunidades buscan garantizar la posibilidad de acceder a los derechos, parten del reconocimiento de que todas las personas son portadoras de derechos y busca equiparar las condiciones de partida. Las políticas de igualdad de oportunidades promueven la participación de las mujeres en el ámbito público, a través de la revisión de los marcos legales, la formación de las mujeres para desempeñar actividades públicas y la promoción de la conciencia de sus derechos (Rodríguez, 2008). Las políticas de acción afirmativa surgen del enfoque de igualdad de trato. El trato es diferencial considerando las desventajas en su peso justo para, de esa forma, desactivarlas. Son acciones afirmativas los procedimientos que procuran garantizar la representación de grupos cuyos atributos adscriptos están socialmente desvalorados como el género femenino. Están inspiradas en los planteos del Artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Las acciones afirmativas implican una clara política de acceso de mujeres

u otros grupos a las instituciones con el fin de asegurar su participación en los procesos de toma de decisión política, al garantizar, como ya fuera mencionado, su mayor presencia numérica en las jerarquías (Rodríguez, 2008). Finalmente encontramos las políticas de transversalidad de la igualdad de género que propone la “incorporación sistemática del principio de igualdad de género a todos los sistemas, estructuras, políticas, programas, procesos y proyectos del Estado” (Rodríguez, 2008). Buscan la “promoción de la igualdad de género mediante su integración sistemática en todos los sistemas y las estructuras, en todas las políticas, los procesos y los procedimientos, en la organización y su cultura, en las formas de ver y hacer” (Rodríguez, 2008). Este último enfoque surge con fuerza luego de la Conferencia Internacional de la Mujer de la ONU en Beijing en 1995 (Rodríguez, 2008).

En cuanto a los enfoques de planificación y gestión estos pueden ser “explotadores de género” cuando sacan provecho de las normas rígidas de género y el desbalance de poder existente para lograr los objetivos de los programas de salud (Dinys, 2011). Desde la perspectiva de género este enfoque es inaceptable. Pueden ser “acomodadores” cuando “reconocen las normas de género y las desigualdades, y buscan desarrollar acciones para ajustarlas y frecuentemente compensarlas” (Dinys, 2011). Pueden ser “transformadoras” cuando “examinan, cuestionan y tratan de cambiar las relaciones de género y el desbalance de poder para alcanzar la igualdad de género en salud” (Dinys, 2011). Todo proceso de transversalización debe dirigirse hacia la transformación de las desigualdades de género (Dinys, 2011).

2.3.2. Transversalización de género en salud

En la Conferencia de Beijing (ONU, 1995) se establece la transversalización de género (TG) o *gender mainstreaming* como estrategia para la igualdad de género a través de análisis de las implicaciones para los hombres y las mujeres de las acciones planificadas y la inclusión de las preocupaciones y experiencias de las mujeres y los hombres como dimensión integral de las políticas y los programas a fin de que se beneficien igualmente y evitar que se perpetúen las desigualdades (Women Watch, 1997).

Este concepto se define formalmente en el informe del Consejo Económico y Social de la ONU de 1997 (punto IV.a. 1997), donde se describe como: “El proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los

hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros” (ECOSOC, 1997).

En el mismo documento las Naciones Unidas definen los principios para la transversalización de género: 1) No asumir que existen políticas neutrales al género. 2) La responsabilidad de la TG atraviesa todo el sistema pero se impulsa desde los niveles más altos. 3) La TG requiere esfuerzos amplios para ampliar la participación de mujeres en todos los niveles de toma de decisiones. 4) La TG debe institucionalizarse a través de pasos, mecanismos y procesos concretos. 5) La TG no reemplaza políticas de acciones afirmativas o dirigidas específicamente al empoderamiento de las mujeres sino que las complementa. 6) Es imprescindible contar con la voluntad política clara y la asignación de recursos humanos y financieros suficientes para desarrollar con éxito la estrategia (ECOSOC, 1997).

También se definieron requisitos institucionales para la TG: 1) Política de TG: debe existir una voluntad explícita para la TG con directivas e iniciativas claras. 2) Presupuesto: especificado en rubros presupuestales destinados a TG. 3) Generación de capacidades en TG: incorporar la TG en todos los programas de formación proveer formación continua y mejorar habilidades de expertos en género. 4) Datos: desagregar datos como mínimo por edad y sexo. 5) Análisis de género integrado en todo el proceso de programación. 6) Documentos operativos: producir guías para la TG. 7) Monitoreo y evaluación: establecer mecanismos para monitoreo y metodologías para análisis de impacto. 8) Rendición de cuentas: instaurar mecanismos institucionales para la rendición de cuentas sobre la TG (ECOSOC, 1997).

La TG posee dos dimensiones: 1) La transversalización institucional de género se refiere a la integración de enfoques en la organización, incluido el establecimiento de estructuras, responsabilidades y evaluación sistemas. Implica abordar la dinámica interna de las instituciones formales e informales, como sus objetivos, agenda, estructuras de gobernanza y procedimientos relacionados con el funcionamiento diario, de modo que estos apoyen y promuevan la igualdad de género (ONU, 2000). 2) La transversalización operativa, que se refiere a la integración de preocupaciones sobre la igualdad en el contenido de las políticas, programas y proyectos para asegurar que estos tengan un impacto positivo en las mujeres y reduzcan las desigualdades de género (ONU, 2000). Para la transversalización operativa puede evaluarse cómo se incorpora la perspectiva de género en políticas de salud, en programa y

proyectos de salud, en la investigación de salud y en la capacitación a las instituciones prestadoras de salud (Ravindram y Kelkar-Khambete, 2008).

La transversalización de género en salud (TGS) implica consideraciones de impactos de género en la salud y la atención de la salud, en todas las etapas de planificación y provisión, incluida la cuestión del acceso a los recursos que pueden proteger y promover la salud. También implica un enfoque en las necesidades tanto de mujeres como de hombres y no separar los "proyectos centrados en las mujeres" (Payne, 2014). La TGS supone "cambiar las estructuras organizacionales, los comportamientos y las actitudes que pueden dañar el estado de salud general de mujeres y hombres, mediante su participación en la definición y ejecución de prioridades de salud pública. Se trata, por tanto, de un proceso a largo plazo que requiere no solo tiempo, sino también recursos y compromiso" (OPS, 2019). Los requisitos mínimos para el desarrollo de la transversalidad de género en la salud incluyen la institucionalización de renglones presupuestarios específicos, el fortalecimiento de las capacidades en materia de género y salud, datos desagregados no solo por sexo y edad, planes de monitoreo y evaluación, rendición de cuentas, la participación de organizaciones de la sociedad civil (OPS, 2019). El impacto de la transversalización podría evaluarse en términos de si existen pruebas de que el género, de hecho, ha sido integrado en todas las políticas, decisiones e intervenciones de la organización y de si se abordó el género o identificó implicaciones específicas del género de estas políticas, incluida la transversalización institucional y operativa. Podríamos evaluar también la incorporación de la perspectiva de género en términos del objetivo final de dicha integración, es decir, una reducción de las desigualdades de género en las experiencias de salud y los resultados de salud (Payne, 2014).

2.3.2.1. Institucionalización de género

La institucionalización de género hace referencia al proceso mediante el cual la perspectiva de género se convierte en un componente estable de las instituciones. Es un enfoque que tiene como objetivo que la transversalización de género permanezca en el tiempo y no sea altamente dependiente de las voluntades individuales de quienes desarrollan la política pública (Zaremborg, 2014). La institucionalización "es el proceso por medio del cual, voluntades, ideas, intereses en torno a la incorporación de la perspectiva de género en la corriente principal de las políticas de un país vuelve estable y sobrevive más allá del cambio de personas concretas ubicadas en lugares de decisión" (Zaremborg, 2014). Este proceso no hace referencia a los marcos legales únicamente ya que estos pueden ser "letra muerta". Se refiere además a los

incentivos y sanciones para la incorporación de la perspectiva de género. En muchas ocasiones esto no es suficiente, por esto también puede implicar un trabajo de forma más profunda para detectar patrones históricos en el tema o apostar a modificar las estructuras profundas en torno al género para cambiar rutinas institucionales que obstaculizan la incorporación de la perspectiva de género, entre otras actividades (Zarembeg, 2014).

Las categorías de análisis “género”, “salud” y “política pública”, con sus respectivas sub categorías, conforman la perspectiva teórica de este trabajo que guían las decisiones metodológicas. Es así como desde esta investigación se interroga la realidad desde el modelo de análisis previamente descrito en este capítulo.

Capítulo 3: Camino metodológico

3.1. Estrategia Metodológica

El diseño metodológico que se propuso para esta investigación consiste en un abordaje cualitativo. El problema de investigación planteado en este trabajo exigió un acercamiento desde una base epistemológica que permita dar cuenta de los aspectos relevantes de los procesos sociales que están en juego en la temática analizada.

“La investigación cualitativa es una actividad que sitúa al observador en el mundo (...) y consiste en una serie de prácticas interpretativas que hacen el mundo visible. Estas prácticas interpretativas transforman el mundo, pues lo plasman en una serie de representaciones textuales a partir de los datos recogidos en el campo mediante observaciones, entrevistas, conversaciones, fotografías, etc.” (Denzin y Lincoln, 2012).

La preocupación en la actualidad por aumentar el cúmulo de conocimiento sobre la naturaleza de los procesos sociales que configuran cualquier sociedad proviene, en parte, de las insuficiencias del enfoque, generalmente positivista, proveniente del análisis cuantitativo. Surge también de la inadecuada información proveniente de las técnicas tradicionales para dar cuenta de los motivos y de las orientaciones psicosociales que inciden en el comportamiento social de los individuos. Se busca permitir el entendimiento más completo de las causas más profundas y las consecuencias más directas de los procesos sociales. Para lograr esto, la metodología cualitativa presenta una aproximación diferente al objeto de estudio y técnicas de recolección de la información que le son propias (Vela, 2001).

La investigación cualitativa es un campo de indagación por derecho propio. Es un multimétodo focalizado incluyendo interpretación y aproximaciones naturalistas a su objeto de estudio (Denzin y Lincoln, 2012). Las personas investigadoras cualitativas estudian las cosas en su situación natural, tratando de entender o interpretar los fenómenos en términos de los significados que la gente les otorga (Denzin y Lincoln, 2012). Las personas investigadoras de este enfoque despliegan un amplio rango de métodos interrelacionados. La investigación es un proceso interactivo condicionado por la historia personal de la persona investigadora, su biografía, raza, género, clase social y por los de la gente que investiga. La persona investigadora sabe que la ciencia es poder, que todo hallazgo investigativo tiene implicaciones políticas y que no hay ciencia libre de valores (Denzin y Lincoln, 2012). Las personas investigadoras sólo relatan historias acerca de los mundos que han estudiado. Por lo tanto los relatos o historias

que los científicos narran son datos manejados y armados dentro de tradiciones específicas de historia oral, a menudo definidas como paradigma. El producto de la persona que investiga es un bricolaje, una creación compleja, densa, reflexiva, a la manera de un collage, que representa las imágenes del investigador, sus pensamientos, sus interpretaciones del mundo o del fenómeno analizado (Denzin y Lincoln, 2012).

Dentro del paradigma interpretativo, se puede afirmar que quien investiga es filósofo en el sentido universal de que todos los seres humanos son guiados por principios altamente abstractos (Denzin y Lincoln, 2012). Estas creencias preforman de qué manera el investigador ve el mundo y actúa en él. Toda investigación es interpretativa, guiada por un grupo de creencias y sentimientos acerca del mundo y como se debe entender y estudiar. Cada paradigma interpretativo efectúa demandas específicas a la persona investigadora (Denzin y Lincoln, 2012).

Este marco de investigación es holístico ya que abarca el fenómeno en su conjunto. Es recursivo ya que el diseño de la investigación es emergente y se va elaborando a medida que avanza la investigación (Denzin y Lincoln, 2012).

La investigación cualitativa, como un conjunto de prácticas, alberga dentro de las propias y múltiples disciplinas constantes tensiones y contradicciones acerca del proyecto en sí mismo, incluyendo sus métodos y la forma que toman sus hallazgos e interpretaciones (Denzin y Lincoln, 2012). El campo se entrecruza y esparce por todas las disciplinas humanas e incluso por las ciencias físicas.

3.2. Métodos

En la investigación cualitativa la información es filtrada, a la vez que interpretada y representada, por el propio investigador. Esto le da a esta estrategia una gran complejidad para evitar representaciones personales o sesgadas (Moral Santaella, 2006). Para abordar este problema es un aporte importante utilizar más de un método en el desarrollo de una investigación. Utilizar múltiples métodos mejora la comprensión del fenómeno a estudiar (Moral Santaella, 2006).

La triangulación implica combinar prácticas metodológicas, materiales empíricos, perspectivas y observadores, permitiendo que un estudio particular sea mejor comprendido y que tenga mayor rigor, profundidad y riqueza (Denzin y Lincoln, 2012).

En este trabajo se realizó una triangulación metodológica dentro del método, esto es la combinación de dos o más aproximaciones cualitativas en el mismo estudio para evaluar el mismo fenómeno (Arias, 2000). Se usaron dos aproximaciones cualitativas, el análisis de contenido y la entrevista semiestructurada.

La triangulación significa que quien investiga adopta diferentes perspectivas sobre un tema en estudio o, en términos más generales, al responder a las preguntas de investigación. En la medida de lo posible, estas perspectivas deben tratarse y aplicarse en un pie de igualdad y de manera igualmente consecuente (Hernández Sampieri, 2014).

3.3. Técnicas

3.3.1. Análisis de contenido

"El análisis de contenido es una técnica de investigación [que utiliza un conjunto de procedimientos] para hacer inferencias reproducibles y válidas a partir de un texto (de los datos al contexto de los mismos)" (Krippendorff,1990).

Esta técnica tiene una orientación fundamentalmente empírica, exploratoria, vinculada a fenómenos reales y de finalidad predictiva (Krippendorff,1990). El análisis de contenido trasciende las nociones convencionales de contenido como objeto de estudio y está estrechamente vinculado a concepciones sobre fenómenos simbólicos. El análisis de contenido desarrolla una metodología propia que permite a quien investiga programar, comunicar y evaluar críticamente un plan de investigación con independencia de sus resultados (Krippendorff,1990). Al igual que todas las técnicas de investigación su finalidad consiste en proporcionar conocimientos, una representación de los hechos y una guía para la práctica. Es una herramienta y debe ser reproducible, por consiguiente si otros investigadores, en otras circunstancias aplican la misma técnica a los mismos datos sus resultados deben ser los mismos (Krippendorff,1990).

El análisis de los datos debe realizarse en relación con su contexto. Al encontrarnos en una teoría sobre fenómenos simbólicos es importante la relación entre los datos y su contexto. Los datos son estímulos físicos y el contexto es su medio. En todo análisis de contenido la tarea consiste en formular inferencias, a partir de los datos, en relación a algunos aspectos de su contexto y justificar esas inferencias en función de lo que se sabe acerca de los factores estables

del sistema en cuestión. Mediante este proceso se reconocen los datos como simbólicos o como susceptibles de brindar información acerca de algo que le interesa a quien investiga (Krippendorff,1990).

A grandes rasgos existen dos tipos de materiales empíricos en la investigación cualitativa: las entrevistas y los materiales “en su forma natural”. En este último caso, los materiales empíricos (ejemplo textos) constituyen especímenes del tema de la investigación. Por lo tanto la persona investigadora está directamente en contacto con el mismo objeto que busca investigar. Sin embargo, la distancia entre ambos tipos de materiales empíricos debe entenderse como un continuo y no como una dicotomía (Denzin y Lincoln, 2012).

Técnica de análisis: En este trabajo se buscó, en cifras, el peso relativo de las unidades significativas obtenidas de la documentación a analizar. Es un tipo de análisis documental que muestra la relevancia de aspectos específicos en textos. En este caso, se planteó un análisis de contenido de los documentos que dan marco al SNIS. Se realizó una búsqueda de categorías en el documento que den cuenta de la incorporación de contenido vinculado al problema de investigación. Estas categorías articulan conceptos, con lo que se pudo observar la ausencia, presencia, frecuencia, frecuencia ponderada y la contingencia de éstos, mediante su conteo. Hecho lo anterior, se agruparon los conteos en menciones del concepto. Se contabilizó la presencia de todas las categorías que reflejan literalmente el concepto, así como categorías alternativas a ésta.

Se utilizó una forma de inferencia para el análisis de contenido del tipo “índices y síntomas” (Krippendorff,1990). Un índice es una variable cuya importancia en una investigación depende del grado en que pueda considerarse correlato de otros fenómenos (Krippendorff,1990). Se tomó así la frecuencia de empleo de cierta palabra (subcategoría) como un índice de la presencia de la categoría analizada en el texto (Krippendorff,1990). La frecuencia con la que aparecen en el texto estas palabras, el equilibrio entre las categorías y sus asociaciones se utilizaron para la inferencia.

Se realizó un análisis de las categorías basadas en sus frecuencias, sus asociaciones, correlaciones y tabulaciones cruzadas (Krippendorff,1990). En cuanto a las frecuencias, se tuvo en cuenta la frecuencia absoluta que corresponde al número de incidentes que aparecen en una muestra y la frecuencia relativa que corresponde a los porcentajes del tamaño muestral (Krippendorff,1990).

En este caso, el análisis de contenido, fue parte de un trabajo de investigación más amplio y se comparó los resultados provenientes de las entrevistas con datos y fenómenos

provenientes de esta técnica. La presencia de correlación entre lo declarado en la entrevista y el hallazgo “real” en los documentos puede poner de relieve si el contenido cumple propósitos meramente estratégicos, también proporciona información sobre los antecedentes y los efectos del contenido analizado (Krippendorff,1990).

Tipo de muestreo: se realizó un muestreo por conglomerados (Krippendorff,1990). El muestreo por conglomerados utiliza como unidades muestrales grupos de elementos que presentan designaciones y límites naturales. La selección de uno de estos grupos incorpora a la muestra todos sus elementos y dado que los grupos contienen un número desconocido de ellos la probabilidad de que una unidad sea incluida en el grupo dependerá del tamaño del grupo (Krippendorff,1990). Se incluyó en la muestra los grupos de las leyes, decretos y guías dentro del SNIS.

Unidad de análisis: son aquellas porciones de la realidad observada que se consideran independientes una de otra (Krippendorff,1990). En esta investigación se seleccionaron los documentos que conforman los principales elementos del marco normativo del Sistema Nacional Integrado de Salud. Entre estos documentos se incluyeron elementos de distinto rango jerárquico. Dentro del universo de elementos que conforman el marco normativo del SNIS se realizó un muestreo estratificado según la naturaleza legal del documento: leyes, decretos, documentos programáticos, guías de práctica clínica y metas prestacionales.

Unidades de muestreo seleccionadas fueron:

Las leyes principales que modelan el SNIS que son la Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud, Ley 18.335 Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud, Ley 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Ley 19.529 de Salud Mental. Se excluyen las leyes presupuestales ya que, a pesar de ser de gran relevancia, la complejidad de estos documentos dificulta de forma importante su análisis.

Los principales decretos que dan forma a esta reforma en salud: Decreto 133/005 Creación del Consejo Consultivo para la implementación del SNIS, Decreto 197/005 Condiciones para la fijación de cuotas y tasas moderadoras por parte de los prestadores de salud, Decreto 562/005 Exoneración del pago de tasa moderadora para embarazadas y ciertos medicamentos reguladores de Glucemia, Decreto 2/008 normas sobre el derecho a la protección

de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a prestaciones integrales a través del SNIS, Decreto 269/008 Regula los Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores del SNIS.

Se incluyeron 8 guías de práctica clínica: recomendaciones para realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos, buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño en maternidades, pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención, guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello uterino, guía para el tamizaje del cáncer colo-rectal, guía de práctica clínica de detección de cáncer de mama, guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 y recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención. Se excluyeron guías como la específica para el abordaje de la violencia de género y la de masculinidades ya que se buscó valorar, al seleccionar estos documentos, como permea la perspectiva de género en los temas que no son específicos de la temática género.

Finalmente se incluyeron documentos de tipo operativos que son las Metas Asistenciales y los Objetivos Sanitarios Nacionales.

Se analizaron 26 documentos (6 leyes, 5 decretos y 8 guías de práctica clínica, los OSN y 6 instructivos de las metas prestacionales).

Documento	Tipo	Nombre	Año
Ley 18.211	Legislación	Creación del Fondo Nacional de Salud,	2007
Ley 18.131	Legislación	Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud	2007
Ley 18.335	Legislación	Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud	2008

Ley 18.426	Legislación	Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva	2008
Ley 18.987	Legislación	Interrupción Voluntaria del Embarazo	2012
Ley 19.529	Legislación	Salud Mental	2017
Decreto 133/005	Decreto del poder ejecutivo	Creación del Consejo Consultivo para la implementación del SNIS	2005
Decreto 197/005	Decreto del poder ejecutivo	Condiciones para la fijación de cuotas y tasas moderadoras por parte de los prestadores de salud	2005
Decreto 562/005	Decreto del poder ejecutivo	Exoneración del pago de tasa moderadora para embarazadas y ciertos medicamentos reguladores de Glucemia	2005
Decreto 2/008	Decreto del poder ejecutivo	Normas sobre el derecho a la protección de la salud que tienen todos los	2008

		habitantes residentes en el país	
Decreto 269/008	Decreto del poder ejecutivo	Regula los Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores del SNIS	2008
Recomendaciones para realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos	Guía de práctica clínica		2014
Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño en maternidades	Guía de práctica clínica		2015
Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención,	Guía de práctica clínica		2016
Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello uterino	Guía de práctica clínica		2014
Guía para el tamizaje del cáncer colo-rectal	Guía de práctica clínica		2018

Guía de práctica clínica de detección de cáncer de mama	Guía de práctica clínica		2015
Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2	Guía de práctica clínica		2017
Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención	Guía de práctica clínica		2017
Objetivos sanitarios nacionales	documento de lineamiento estratégico del MSP		2017
Instructivos de metas prestacionales	Documento operativo del MSP		--

3.3.2. Entrevista

Según Maccoby y Maccoby (1954) la entrevista es un intercambio verbal cara a cara, en el que una persona, quien entrevista, intenta obtener información o expresiones de opinión o creencia de otra persona o personas (Denzin y Lincoln, 2012). La entrevista no es una interacción entre dos intelectos incorpóreos, sino un logro conjunto de personas con cuerpo, vulnerables con toda una serie de esperanzas, miedos e intereses (Denzin y Lincoln, 2012). A pesar de que con el tiempo se han incorporado las tecnologías para realizar entrevistas de forma telefónica o usando internet esta definición se centra en las entrevistas realizadas de forma presencial que es la modalidad que utilizo este trabajo.

Las entrevistas pueden ser estructuradas, no estructuradas o semiestructuradas. A pesar de esto es importante recordar que no es posible una entrevista completamente estructurada ni

una completamente no estructurada. Las entrevistas semiestructuradas, que son las que se utilizaron en esta investigación, son clásicas en la investigación cualitativa y tienen la ventaja de hacer mejor uso del potencial de producción de conocimiento del diálogo al permitir una expresión más libre de la persona entrevistada.

La entrevista semiestructurada se define como la entrevista con el propósito de obtener la descripción del mundo de vida⁷ de la persona entrevistada para interpretar el sentido del fenómeno que describe (Denzin y Lincoln, 2012). Este tipo de entrevista funciona adecuadamente en ocasiones en las que quien investiga se interesa por interrogar administradores, burócratas o miembros de élite de una comunidad, personas que tienen poco tiempo o están acostumbradas a usar eficientemente su tiempo (Vela, 2001). Al presentar quien investiga preguntas preestablecidas demuestra a quien es interrogado que está frente a una persona preparada y competente que está con pleno control sobre lo que quiere y le interesa de la entrevista, sin que por ello se llegue a tener dominio total sobre la persona entrevistada (Vela, 2001). Así en la entrevista semiestructurada quien investiga mantiene el foco sobre el tema de interés dándole a libertad y espacio suficiente para definir el contenido de la discusión (Vela, 2001).

Se entrevistó a personas que ejercieron la secretaría, subsecretaría y a una referente de género del Ministerio de Salud Pública en los tres períodos de gobierno del Frente Amplio.

Muestreo: tomando la clasificación de Hernández Sampieri (2014) de muestras orientadas a la investigación cualitativa se realizó un muestreo conceptual dirigido, ya que se seleccionaron individuos porque poseen atributos necesarios para la temática a analizar. Se incluyeron en la muestra testimonios de participantes que fueron protagonistas en la rectoría del SNIS en el período estudiado (personas a cargo de secretaría y subsecretaría del Ministerio de Salud en cada período y referente de la temática de género en MSP en ese período).

Unidad de análisis de los datos: según clasificación de Hernández Sampieri (2014) se utilizó una metodología de selección de unidad de análisis de “libre flujo” que implica que las unidades no poseen un tamaño equivalente. Se selecciona el inicio del segmento y hasta que se encuentra un significado, se determina allí el final del segmento.

⁷ Mundo de vida: el universo de la ciencia se construye en base a experiencias concretas (Denzin y Lincoln, 2012)

Técnica de análisis: se utilizó la técnica de procesamiento corte y clasificación. “Después de revisar, manejar y marcar el texto, el cortar o editar y clasificar, esta técnica de procesamiento consiste en identificar expresiones, pasajes o segmentos que parecen importantes para el planteamiento y luego juntarlos conceptualmente (sería como agrupar objetos en el “cajón o pila” que le corresponde: juguetes, artículos de cocina, ropa, etc.)” (Hernández Sampieri, 2014). La mayoría de las veces se pretende generar una amplia gama de temas vinculados al planteamiento, para después ir seleccionando los más importantes para su análisis (Hernández Sampieri, 2014).

3.4. Instrumentos

3.4.1. Análisis de contenido

Se utilizó el software de análisis de texto Atlas.ti, versión 8.4.4.

Unidades de registro: Estas son las partes de la unidad de muestreo que es posible analizar de forma aislada. Es el segmento específico del contenido que se caracteriza al situarlo en una categoría determinada (Krippendorff,1990). En esta investigación las unidades de registro fueron unidades sintácticas ya que son naturales con respecto a la gramática de un determinado texto (Krippendorff,1990). Se utilizaron como unidad de registro las palabras presentes en los textos.

Variables: las variables son símbolos que representan un valor cualquiera dentro de una serie de dos o más valores mutuamente excluyentes. Se eligieron variables cerradas ya que las categorías tienen un número limitado y ya conocido de antemano. Se usaron variables nominales ya que estas no poseen un orden ni una métrica (Krippendorff,1990).

Se realizó lo que Krippendorff (1990) llama una lista de extensión indicando para cada término del material que se toma como fuente la categoría a la que pertenece.

Categorías	Subcategorías
------------	---------------

Sexo biológico	sexo hombre(s) mujer(es) intersexual
Género	género hombre mujer transexual
Interseccionalidad	raza afrodescendiente etnia
Sexualidad	heterosexual homosexual orientación sexual
TG	transversalización de género igualdad equidad

Si bien Krippendorff (1990) recomienda que las categorías sean exhaustivas y excluyentes este trabajo presentó la limitante de no cumplir el criterio de “exclusión mutua”. Esta última característica se refiere a que ninguna unidad debe pertenecer a dos categorías (Krippendorff,1990). Se encontró la dificultad para la inferencia de que la palabra “mujer” y la palabra “hombre” puede ser usada para referirse a la categoría sexo biológico como a la categoría género. Por lo tanto es una unidad ambigua y esto es una limitante a la hora de utilizar estas palabras ya que puede llevar a inferencias erradas. Sin embargo, por lo relevante de estas palabras para el tema de investigación, se decidió incluirlas advirtiendo de esta limitante. Para abordar esta dificultad, cuando se consideró pertinente para el análisis, se infirió de la interpretación de la información contextual del documento la categoría a la que pertenece la palabra. A su vez, este trabajo partió de un marco conceptual que busca superar la tajante dicotomía sexo/género pero, a pesar de esto, cuando fue relevante para el análisis destacar los aspectos más vinculados a las construcciones sociales y culturales o los aspectos mayormente

relacionados al componente biológico asociados al ser ‘mujer’ u ‘hombre’ se excluyeron estas palabras del análisis.

Unidad de contexto: “las unidades de contexto fijan límites a la información contextual que puede incorporarse a la descripción de una unidad de registro. Demarcan aquella porción del material simbólico que debe examinarse para caracterizar la unidad de análisis” (Krippendorff,1990). Las unidades de contexto contienen numerosas unidades de registro. En esta investigación correspondió a la frase en el texto analizado en donde se encuentra incluida la palabra buscada.

3.4.2. Entrevista

Se realizó entrevista a ocho referentes calificados:

-Cuatro personas ejercieron la secretaría del MSP durante los gobiernos del Frente Amplio. De estas dos perteneces el sexo femenino y dos al sexo masculino. Sus edades eran 55, 70 y 68 años.

-Tres personas ejercieron la subsecretaría del MSP en este período. Entre estas personas 2 corresponden al sexo masculino y 1 al sexo femenino y tienen 54 y 68 años de edad.

-Se agregó una entrevista a quien fue referente en el área de género en los 3 períodos de gobierno, una mujer de 76 años de edad.

Cargo	Edad (años)	Sexo	Período de ejercicio
Ministro	68	Masculino	2010-2011
Ministra	70	Femenino	2005-2010
Ministra	55	Femenino	2013-2015
Ministro	55	Masculino	2015-2020
Viceministro	54	Masculino	2005-2010
Viceministra	54	Femenino	2015-2017

Viceministro	68	Masculino	2011-2015
Referente de género del MSP	76	Femenino	2005-2018

Pauta de entrevista aplicada a todas las personas entrevistadas:

En referencia al período de gobierno en el que usted estuvo en el Ministerio de Salud

1-¿Cuáles fueron las prioridades políticas generales a nivel de salud?

2-¿Cuál considera usted que fue el logro más importante de su cartera?

3-¿Cree que hubo perspectiva de género en las políticas de salud en ese período? ¿Por qué?

4- ¿Cuáles considera que fueron las prioridades en la agenda de género en ese período a nivel del SNIS para el MSP?

5- ¿Existieron aspectos institucionales y organizativos del SNIS que se configuraron de forma específica para incorporar la agenda de género en las políticas de salud?

6- ¿Cuáles considera que fueron los principales avances para la igualdad de género en salud en ese período en el SNIS?

7- ¿Cuáles considera que fueron los principales obstáculos y debilidades del SNIS para profundizar en la perspectiva de género?

8- ¿Cuáles considera que son las fortalezas del SNIS para la incorporación de la perspectiva de género en la atención a la salud?

9- ¿Cuál fue el vínculo durante su ejercicio en el MSP con las organizaciones feministas u otras organizaciones sociales que trabajan agenda de género?

10- ¿Cuáles considera que son los asuntos pendientes de los gobiernos frenteamplistas en cuanto a la perspectiva de género en la política de salud?

11- ¿Cree que existió una evolución en la comprensión de la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el SNIS durante los gobiernos del Frente Amplio?

En este capítulo se describió el camino metodológico elegido que consiste en un enfoque cualitativo, con la triangulación como método entre las técnicas de análisis de contenido y entrevistas. Las unidades de análisis consisten en 26 documentos correspondientes al marco normativo del SNIS y 8 entrevistas a referentes calificados. Se describen los instrumentos desarrollados para esta investigación. En el capítulo siguiente se desarrolla el análisis de los datos.

Capítulo 4: Análisis y resultados

Este trabajo busca analizar en qué medida se encuentra incorporada la perspectiva de género en el SNIS y para esto se realiza el análisis de los datos provenientes de las entrevistas a ex jefes del Ministerio de Salud Pública durante los gobiernos del Frente Amplio y del análisis de contenido del marco normativo del SNIS. Se realiza una triangulación de los datos obtenidos de ambas técnicas en base a las categorías de análisis descritas en el capítulo 2.

4.1. Género

El concepto de género como tal en la política pública de salud en el país se incorpora con los gobiernos del Frente Amplio en el 2005. Durante el primer período del gobierno frenteamplista se crea el Programa de Mujer y Género ingresando de esta manera este término formalmente en el MSP. Un aspecto importante de este hito, resaltado por varias de las personas entrevistadas, es que este programa tiene como punto de partida la eliminación del Programa de la Mujer y del Niño, que lo antecedió, con la implicancia de romper con el modelo materno-infantil que concibe a la mujer centralmente en su rol de madre y cuidadora. Esta incorporación no fue fruto de un diseño previo de política pública sino del impulso de militantes feministas que se integraron al gobierno frenteamplista.

Cuando el Frente Amplio gana las elecciones en el 2004 se comienza a armar el equipo de gobierno y se inician algunos intercambios de jefes designados con militantes feministas frenteamplistas. En este sentido una referente del área de género en el MSP durante los gobiernos frenteamplistas relata su encuentro con uno de los jefes del MSP luego de ganadas las elecciones en el 2004:

...entonces lo esperé y ahí él me dijo que estaba pensando que yo dirigiera el programa de Mujer y Niñez. Entonces yo le dije “mira, Mujer y Niñez no puedo, no puedo ni debo ni quiero. Yo lo que puedo hacer son dos cosas: una decirte primero que la niñez es lo suficientemente importante como para que haya un programa por los niños y las niñas, que también haya un programa de adolescencia y yo me encargo de salud de la mujer y género”. El palidecía, no sabía de que le estaba hablando (Entrevista 8).

Es importante, para la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas de salud, intentar comprender cuál es la conceptualización sobre esta categoría que presentan quienes lideran la política sanitaria. Al evaluar los datos obtenidos de las entrevistas surge de forma reiterada la asociación del concepto de género con los temas vinculados a las mujeres. Los varones aparecen de forma escasa como referencia en el desarrollo de esta categoría y sin embargo las personas entrevistadas realizan un extenso desarrollo centrado en las mujeres y las políticas dirigidas a ellas.

Poquito, poco pero se han ido dando pasitos. Hay policlínicas para la atención de mujeres, niñas y adolescentes, para las mujeres, para problemáticas específicas de las mujeres. Creo que se han ido dando pasos que hay que seguir con muchos más (Entrevista 3).

Yo te diría que sí [existió perspectiva de género en las políticas de salud], que el intento fue muy grande y que el avance hacia incorporar esa perspectiva en los planes de la mujer, de salud de la mujer se dio en distintos planos, en el plano programático porque los programas que se desarrollaron fueron muchos, hay una veintena de programas, subprogramas, protocolos, distintas formas de abordaje del tema de salud de la mujer y género (Entrevista 2).

Se puede ver en estas afirmaciones de las personas entrevistadas que la palabra “género” es interpretada como sinónimo de “mujeres”. Es así como en las personas entrevistadas se intercambian fácilmente estas palabras en el discurso sustituyendo una por otra constantemente. Esto se relaciona con la acogida política del término tratando de subrayar la seriedad académica de la intervención al utilizar el término “género” y no “mujer” (Scott, 1996). Al utilizar de esta forma el concepto se ajusta a una terminología científica de las ciencias sociales, alejándose de la política del feminismo (Scott, 1996). Esta acepción del género no se refiere necesariamente a las relaciones desiguales de poder evitando caer en planteos que parecen amenazantes (Scott, 1996).

Esta forma de comprender la categoría se ve reforzada por los datos obtenidos por el análisis de contenido que muestran que en el total de los documentos analizados, producidos entre 2005 y 2020, (6 leyes, 5 decretos, 8 guías de práctica clínica, los OSN y 6 instructivos de las metas prestacionales) la palabra género aparece 76 veces, la palabra hombre 140, la palabra

varón/varones 33 y la palabra mujer 446 veces. La incorporación del género como sinónimo de mujer puede explicar esta predominancia de la sub categoría mujer dentro de la categoría referida a género. La mayor frecuencia con la que aparece la palabra mujer puede comprenderse desde una mirada androcéntrica que al considerar lo masculino como pauta de la normalidad o de sujeto universal, la mujer, por ser lo otro, la excepción a esta norma, debe nombrarse explícitamente para estar presente en el discurso. En palabras de Simone de Beauvoir, la mujer es lo inesencial frente a lo esencial, él es el Sujeto, lo Absoluto y ella es lo Otro (de Beauvoir, 1969). Esta predominancia de la palabra mujer tiene el sesgo de que varias de las guías seleccionadas se refieren a aspectos específicos de la salud de la mujer, por ejemplo la guía de tamizaje de cáncer cérvico uterino. Sin embargo, esta mayor frecuencia de la palabra mujer se da también en las Leyes y en los documentos de Objetivos Sanitarios Nacionales y metas prestacionales. A su vez, la presencia de varias guías referidas a la salud de las mujeres frente a la escasez de guías de práctica clínica referida a la salud de los varones lleva a realizar la misma inferencia.

Tabla 1: Frecuencia absoluta de palabra género según grupo de documentos (leyes, decretos, GPC, OSN y metas prestacionales) pertenecientes al período 2005-2020.

	Decretos	Guías	Leyes	OSN y metas	Totals
Género	0	15	3	58	76
Hombre	2	88	4	46	140
Mujer	1	235	26	184	446
Varón	0	11	1	21	33
Totales	3	349	34	309	695

Fuente: elaboración propia

Las construcciones sociales de las identidades masculinas y femeninas aparecen de forma poco frecuente en las entrevistas, siendo reiterada la asociación del ser mujer a un mero dato dado de la realidad biológica independiente de la construcción socio-histórica-cultural que sobre este dato se construye. Aparece, entre quienes ocuparon la secretaría o la subsecretaría del MSP, la necesidad de deconstruir la maternidad como único proyecto de vida de las mujeres como la preocupación emergente en sus discursos. De esta forma los discursos de jerarcas parecen rechazar explicaciones biológicas que generan subordinación femenina como la

asociación entre la capacidad de parir con la habilidad de desarrollar actividades de crianza o cuidado de niños y niñas. Se valora la categoría de “madre” como una categoría sexual impuesta sobre un cuerpo sexuado.

...rompimos con el modelo materno-infantil. Que es un modelo perverso en dos sentidos, en el sentido de que invisibiliza el rol de la mujer... la subsume en su condición de madre y no en su condición de mujer independientemente de su relación, de su vínculo con lo reproductivo (Entrevista 2).

En cuanto a lo que la sociedad asocia en ese momento histórico con lo masculino aparece, en las escasas intervenciones que hacen referencia a las masculinidades, la necesidad de la participación más activa de los varones en su paternidad y en la crianza de niños y niñas.

Ahí tenemos una ventana de oportunidad con respecto a la paternidad que es muy importante y que por problemas de... que tiene que ver con la falta de diseño de políticas basadas en género no promovemos de manera intensiva el involucramiento de varón en el proceso reproductivo (Entrevista 4).

Se percibe de esta forma, en el discurso de las personas entrevistadas, la necesidad de desacralizar los roles sociales culturalmente asignados a varones y mujeres, en lo relativo a la maternidad y paternidad.

Las relaciones desiguales de poder no aparecen en los discursos de quienes fueron jefes del MSP durante los gobiernos del Frente Amplio. Los aspectos sociales y culturales de la categoría género aparecen principalmente como una explicación de las dificultades de avanzar en esta área en la política pública más que un aspecto constituyente de la categoría género o un campo de batalla de la acción política.

...creo que hubo por las metas, avances tanto en el sector público como en el sector privado en, pasar a la acción en que hubiera políticas de salud de la mujer integrales y más integrada. ¿Suficientes? No, porque el cambio cultural es muy largo y porque además los cambios culturales no solo dependen de lo que haga el prestador de salud, también depende del cambio cultural que hagan las

propias mujeres, como es obvio. Y esos cambios no se producen de un día para otro aunque se avanza muy rápidamente (Entrevista 2).

En los discursos de ex jerarcas que fueron entrevistados se puede ver adicionalmente la reducción de la experiencia de ser mujer a poseer determinados órganos o determinada anatomía asociada a la capacidad reproductiva. Esta asociación del concepto de género con el concepto de mujer, vinculado a una determinada genitalidad y a la capacidad reproductiva, puede explicar por qué la palabra género aparece en las guías de práctica clínica pero si separamos las guías entre las pertenecientes al área de la salud sexual y reproductiva y las que no, vemos que prácticamente desaparece cuando buscamos esta palabra en el segundo grupo de guías. Esto podría ser fruto de la persistencia de la influencia del modelo materno-infantil que mantiene los temas vinculados a la salud de la mujer reducidos a la esfera de lo reproductivo.

Tabla 2: Frecuencia absoluta de palabra género en el total de guías de práctica clínicas (GPC) y en las guías que no se encuentran en el área de salud sexual y reproductiva (GPC NO SSYR).

	GPC	GPN NO SSYR	Totales
Género	14	1	15
Totales	14	1	15

Fuente: elaboración propia.

En las entrevistas esto se ve reforzado en la asociación de la salud de las mujeres con la necesidad de acceso a métodos anticonceptivos, cayendo en el riesgo de la responsabilización individual y exclusiva de las mujeres en la anticoncepción en las parejas. Esto sucede ya que no se incorpora un análisis de las relaciones desiguales de poder:

Nosotros dijimos, muy bien, ¿cómo se lleva anticoncepción? ¿Es un programa? Muy bien, vamos a tener que las mujeres todas, no solo las que van a parir, trabajen con las del barrio para educación sexual, para métodos, para cuando quieras tenelo, no planificación familiar, maternidad informada y voluntaria... y querida (Entrevista 2).

A su vez, este enfoque centrado en la genitalidad de la mujer y su capacidad de gestación se ve reflejado en la asociación de la ginecología como la especialidad de referencia

para la atención de la mujer en algunas personas entrevistadas, invisibilizando así la necesidad de integralidad en la atención de salud de las mujeres:

Teníamos muchos ginecólogos que eran clásicos, que eran cirujanos que atendían mujeres y pasamos a tener médicos integrales y bueno y eso sumado a que hacíamos equipos integrales donde los programas dialogaban con el equipo, entonces no solo era el ginecólogo o la ginecóloga, era el ginecólogo con la enfermera (Entrevista 2).

Si bien se reconoce, en el discurso de esta persona entrevistada, la necesidad de una atención integral, se continúa refiriendo a una especialidad médica formada de forma exclusiva para la atención médica del sistema reproductor de las mujeres. Esta mirada mecanicista del cuerpo femenino que lo separa en partes responde a un paradigma reduccionista que es “fuente de violencia contra la naturaleza y contra las mujeres en la medida en que las subyuga y las despoja de su plena productividad, capacidad y potencial” (Shiva, 1993).

En cuanto a la simbolización del dato biológico en los discursos, toman la dicotomía hombre/mujer como una realidad biológica más que una construcción simbólica y cultural, aparece el ser mujer como algo dado y no sometido a un análisis problematizador de esta categoría. Lo que es considerado como un aspecto biológico impresiona en los discursos asumirse como “verdad natural” no mediada por aspectos sociales, culturales o históricos. El énfasis en la salud reproductiva de la mujer, parece reiterar supuestos biológicos de diferencia entre mujeres y hombres (Payne, 2014).

Esto puede ser una explicación a la hora de analizar la frecuencia con la que aparece la palabra género en relación a la frecuencia con la que aparece la palabra sexo en los documentos analizados:

Tabla 3: Frecuencia absoluta de la palabra género y sexo por grupo de documentos.

	Decretos	Guías	Leyes	OSN y metas	Totales
Género	0	15	3	58	76
Sexo	3	53	2	60	118
Totales	3	68	5	118	194

Fuente: elaboración propia.

Vemos así, que la frecuencia de la palabra sexo es significativamente superior que la frecuencia de la palabra género. Podemos inferir que esto refleja la predominancia de los aspectos biologicistas que da mayor visibilidad al sexo asignado al nacer que a aspectos de construcción socio-histórico-cultural vinculadas al concepto de género.

Podemos inferir de estos datos extraídos que no sólo asocia la palabra género con mujer, sino que adicionalmente se usa en los discursos como sinónimo de sexo femenino, despojando el concepto de su complejidad socio-histórica y cultural. Este proceso lleva a un uso “frívolo” de la palabra género (De Barbieri, 1993)

Por lo tanto, es posible interpretar que, la separación conceptual entre sexo y género está presente tanto en los discursos como en el marco normativo pero en los datos obtenidos de ambas fuentes encontramos una predominancia del valor de los aspectos biológicos y por lo tanto de la genitalidad del “sexo”. Los cuerpos son entendidos como cuerpos que nacen ya sexuados, que vienen a este mundo como machos o hembras sin mediar procesos sociales de interpretación en esta construcción del dimorfismo sexual. Se dan por hecho las categorías y diferencias biológicas y se intenta relacionarlas luego con las variables sociales y culturales como si estas fueran algo que se añade y no hubiera una retroalimentación en la forma en que se definen unas y otras (Esteban, 2006). Es posible ver así un intento de romper con los “determinismos culturales” que asignan modos hegemónicos de entender el binomio varón-mujer, pero persiste el “determinismo biológico” que resguarda las posibilidades en el binomio macho-hembra (Mattio, 2012). Para graficar este aspecto es importante recordar las palabras de Judith Butler (2002) cuando desarrolla como al afirmarse en la interpretación de una ecografía “¡Es una nena!”, “la emisión de dicho enunciado no supone el reconocimiento de una identidad preestablecida sino que produce performativamente la identidad que nombra, en tanto coloca a esa porción de carne humana bajo las regulaciones sociales que las categorías de género presuponen” (Mattio, 2012).

Por lo tanto, si bien los gobiernos progresistas incorporan la noción de género en la política de salud, lo hacen desde su concepción más simple de “género” como sinónimo de “mujeres”. En esta acepción género no implica desigualdades y en palabras de Joan Scott (1996) nombra a la mujeres sin nombrarlas y así parece no plantear amenazas críticas. A su vez este concepto de mujer se asocia a una genitalidad específica y a la capacidad reproductiva, por lo tanto con un enfoque esencialista y con determinismo biologicista que lleva a utilizar la palabra género como sinónimo de sexo femenino.

4.1.1. Interseccionalidad

En cuanto a esta subcategoría solamente una de las personas dentro del grupo de jerarcas incorpora en su discurso aspectos que estén vinculados con el contexto de desigualdades en los que se implementan las políticas públicas a nivel de la salud.

...desigualdades el embarazo en niñas y adolescentes para mí era la punta del iceberg de todas las desigualdades territoriales, de género que podíamos tener estancado ese indicador desde la década del 90 hasta que empieza a bajar en 2013-2014 con un descenso ostensible en la tasa de fecundidad específica adolescente muy marcada en los tres últimos años pero porque esto surgió de que fue el primer problema que nosotros identificamos grave (Entrevista 7).

Aparece en este discurso una referencia al género racializado:

Para mí el problema ‘embarazo adolescente’ es el que atraviesa toda la mirada de género, generacionales, territoriales, étnico-raciales. Es un temón que realmente atraviesa todas las cosas (Entrevista 7).

Exceptuando esta entrevista el contexto de desigualdades, las posiciones y clasificaciones sociales de desigualdad, el género racializado y el género atravesado por la clase no aparece en los discursos.

En cuanto al análisis de contenido la palabra etnia aparece 6 veces en el total de documentos, la palabra raza 0 y la palabra afrodescendiente 4.

Por lo tanto vemos que se hace referencia a la hora de pensar el género de la política pública de salud a una ‘Mujer’ abstracta, a la que se le atribuye el carácter universal. El problema, largamente denunciado desde críticas feministas, de este falso universalismo de género es que tiende a pensar a todas las mujeres como si tuvieran la experiencia histórica y contextual de las mujeres blancas occidentales y oculta las enormes desigualdades entre las mujeres y sus realidades eliminando su heterogeneidad. De esta forma se piensa la política pública para una idea abstracta de ‘mujer’ y no para las mujeres reales en su compleja red de opresiones que se fusionan en sus cuerpos.

Esta ausencia de mirada interseccional en los discursos impide potenciar el desarrollo de políticas que partan desde la complejidad situada y contextual en la que viven las personas. En todos los problemas y procesos políticos complejos está implicada más de una categoría de diferencia y no reconocer la necesidad de una perspectiva interseccional impide comprender las experiencias de las mujeres pobres y racializadas.

La interseccionalidad es una herramienta importante para la elaboración de políticas públicas que aborda diferentes discriminaciones y ayuda a comprender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen en el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades (AWID, 2004). Para que una política pública sea efectiva requiere de análisis que den cuenta de los asuntos de forma compleja y entrelazada. Si esto no es así entonces las intervenciones a realizarse no alcanzan todo su potencial. Un aspecto relevante en la planeación de intervenciones desde la perspectiva interseccional es que deben pensarse “desde abajo hacia arriba” partiendo de cómo viven realmente sus vidas las personas, haciendo énfasis en quienes están en situación de mayor vulnerabilidad como las mujeres pobres, migrantes, etc. Debe tomar valor para elaborar una política el análisis que surge de los testimonios personales así como de la información desagregada no solo por sexo, sino también por etnia/raza, clase, edad, identidad de género entre otras categorías. Si esto no se tiene en cuenta las políticas reproducen patrones de discriminación (AWID, 2004).

4.1.2. Matriz de inteligibilidad heterosexual

En los aspectos relacionados a este punto varias de las personas que fueron jefas del MSP entrevistadas hicieron referencia de forma vaga al concepto de diversidad sexual realizando una breve mención de este:

... pero bueno también la diversidad sexual es un tema obviamente de género (Entrevista 1).

... se trabajó también la diversidad sexual con todos los sectores LGBT sin ir hacia una política definida (Entrevista 3).

... Y también en el tema de diversidad sexual (Entrevista 6).

... [se aprobó] la Ley Trans... (Entrevista 7).

No se profundiza en esta temática más allá de su mera referencia general.

Sobre el componente de deseo sexual solo aparece en una de las personas entrevistadas una referencia a la necesidad de incorporar aspectos que habiliten la existencia en la política pública de los géneros ininteligibles:

En la atención a la diversidad muy pocos médicos, cuando te hablan de una pareja siempre te hablan de una pareja heterosexual. El personal de salud la mirada de género y diversidad la, por más que yo, la guía esa es maravillosa, pero creo que todavía hay una mirada... porque es el Uruguay que tiene todavía una mirada muy patriarcal y muy machista en su concepción de la política pública (Entrevista 7).

En cuanto al análisis de documentos podemos ver que la palabra transexual solamente aparece 3 veces mencionada en todo el marco normativo del SNIS. Este número es extremadamente bajo, sobre todo si lo comparamos con las 446 veces que aparece la palabra mujer en los documentos. Estas menciones se dan exclusivamente en dos guías de práctica clínica vinculadas al abordaje del VIH. Esto puede explicarse por la fuerte presencia en el discurso del sexo biológico como algo natural previamente dado que no permite que permee con mayor fuerza elementos que desestabilicen esta concepción.

En el análisis de contenido del marco normativo del SNIS vemos que los términos referidos a la orientación sexual de las personas aparecen en las guías de VIH, en los Objetivos Sanitarios Nacionales, en el principio de no discriminación de la Ley 19.529 de Salud Mental y en la Ley de 18.336 de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de Servicios de Salud con 10 menciones en total en toda la documentación revisada. Por lo tanto la mención es escasa, genérica. Se nombra también, en cuanto a documentos operativos, vinculado a las infecciones de transmisión sexual. Esto corre el riesgo de la patologización de los géneros ininteligibles que pasan a ser interpretados como referencia en cuanto factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual.

El análisis de los datos extraídos de las entrevistas y del contenido del marco normativo del SNIS permite valorar la enorme fuerza que tiene aún la coherencia interna entre sexo/género/deseo desde un marco heteronormativo en la política pública estudiada en este trabajo. El modelo que se hace visible es los datos es el discursivo/epistémico hegemónico de

inteligibilidad que supone una coherencia en los cuerpos con un sexo estable, expresado por un género estable y con una práctica de heterosexualidad. Podemos inferir de esto que el SNIS es parte de la “sexuación” del cuerpo con efecto performativo que aporta a construir la diferencia sexual en aras de consolidar el imperativo heterosexual (Butler, 2002). El SNIS tiene, como la principal política pública de salud del país, una fuerza normativa ineludible (Mattio, 2012). Es importante tener en cuenta hasta qué punto persiste la matriz de inteligibilidad heterosexual como mirada hegemónica en el SNIS para dejar abierta la posibilidad de subvertirla.

A pesar de esta fuerte heteronormatividad, debemos reconocer que existieron guías específicas para la salud y la diversidad sexual y para la atención a la población trans y se creó la Ley No 19.684 Integral Trans. Pero no se incorporaron de forma importante los aspectos vinculados a la diversidad sexual en la atención integral de las personas. Estos pasos fueron relevantes ya que introducen un componente de cuestionamiento a la heteronormatividad dentro del SNIS y podría considerarse una forma de resistencia, una reapropiación de las tecnologías del género capaz de producir nuevas formas de subjetivación (Mattio, 2012). Cuestiona así la coherencia interna de la matriz de inteligibilidad heterosexual, pero va más allá, denuncia al sexo, al cuerpo biológico, como algo maleable, autotransformable y por lo tanto como una “tecnología biopolítica” en palabras de Paul Preciado en Mattio (2012). Denuncia al régimen biomédico como la tecnología heteronormativa por la cual los seres humanos son reducidos con mayor o menor violencia a “cuerpos-varones” o “cuerpos-mujeres”, como “máquina de producción ontológica” que adquiere su eficacia de la invocación performativa por la que los sujetos devienen cuerpos sexuados y reclama la apropiación de esta tecnología en virtud de la identidad de género autopercebida (Mattio, 2012).

Vemos así, cómo a pesar de los avances legislativos y la creación de guías de práctica clínica específicas para la incorporación de la diversidad sexual y la atención a la población trans, el discurso de quienes fueron jefes en MSP siguen apareciendo como grupos marginalizados desde la enfermedad y continúan invisibilizando esta temática. Esto presenta el riesgo de la patologización de los géneros ininteligibles en la atención a la salud de las personas salvo en servicios que están específicamente capacitados y orientados para la atención a quienes son disidentes de esta heteronormatividad.

4.1.3. Igualdad de género en salud

Al hablar de género y salud el derecho humano a la salud como algo a reconocer por el Estado y la necesidad de trabajar para garantizarlo aparece en las entrevistas:

El pensar la salud desde una perspectiva de derechos, de autonomía y de igualdad. Autonomía, derechos, igualdad que son derechos humanos de primera generación (Entrevista 2).

La mirada de género no puede estar separada en la atención en salud de como vos trabajás con las personas sus derechos a otras prestaciones que son básicas y determinantes en la salud (Entrevista 7).

En las entrevistas también surge la preocupación por cómo acompañar el desarrollo de las prestaciones de salud de forma que acompase el reconocimiento de derechos que se fue desarrollando durante los gobiernos frenteamplistas:

En realidad es un tema de derechos. Y por lo tanto también de recursos y de servicios. En realidad cuando uno establece derechos tiene que dar estabilidad al acceso de derechos. Siempre lo más importante lo que todos conocemos como la canasta de prestaciones, que es un término que no me gusta pero fueron acompañando de alguna forma el acceso a eso que se establecía (Entrevista 6).

Esta preocupación es relevante ya que muestra que no se trata solo de reconocer derechos sino también de tener un rol activo por parte del Estado para garantizar que esos derechos puedan ser gozados por las personas. Sumado a esto surge la preocupación por empoderar a las usuarias de salud en sus derechos:

[Existieron una] cantidad de cosas que fueron renovadoras pero me pasa que justamente en esas cosas no fueron trabajadas en la gente como un derecho... tuvimos mucha soberbia en diseñar muchas cosas que después la gente no las percibía y no les llegaba como un derecho producto de una política pública, no hubo una prioridad política para esa acción sea.. Y después me pasa que creo que nos faltó mucho más eso aterrizarlo en la vida de la gente (Entrevista 7).

Se puede inferir entonces que alcanzar la igualdad real o igualdad sustantiva y no solamente la mera enunciación formal de los derechos o igualdad “de jure” fue una preocupación de quienes lideraron la política en salud durante los gobiernos frenteamplistas.

Se refleja en el discurso una búsqueda de que el reconocimiento de derechos se traduzca en prácticas y en que cambie la realidad material de las personas.

4.1.3.1. Barreras en el acceso a la salud

El impacto de las desigualdades de género en el acceso al derecho a la salud aparece en algunas de las entrevistas a ex jercas. Las desigualdades a nivel económico que se analizaron previamente son mencionadas solamente por una de las personas entrevistadas.

Surge también en una de las entrevistas las desigualdades debido a la división sexual del trabajo:

Como cuidadoras nos criaron, como cuidadoras nos sentimos y responsables de la vida de los otros también. Hasta que no se considere que eso [el cuidado] es un derecho y no una obligación no vamos a tener justicia ni siquiera en todas las otras áreas, ni en la de educación ni en el área de nada. Vamos a estar trabajando el doble, ganando menos, todo eso, todo eso. En todas las áreas hay desigualdades (Entrevista 8).

Llama la atención la escasa mención a un aspecto tan relevante como es la sobrecarga de cuidados y su impacto negativo sobre la salud de las mujeres. Esto se da a pesar de que las mujeres tienen un mayor vínculo con el sistema de salud por su rol de cuidadoras de niños, niñas, adultos mayores y personas enfermas debido a la división sexual del trabajo en el ámbito doméstico. Obviar este aspecto puede tener repercusiones negativas en la atención de las mujeres llevando a desarrollar enfoques explotadores de las relaciones de género que sacan provecho de las relaciones desiguales de poder para lograr resultados en salud (Dinys, 2011). Esto puede darse aumentando la carga de cuidados de las mujeres al responsabilizarlas del cuidado y tratamiento indicado desde el ámbito sanitario a una persona enferma en la familia. Si no se problematiza la desigual distribución de los cuidados se corre el riesgo de ver a las mujeres solo como vectores de cuidados de otros y no como sujetos del problema y por lo tanto estas se encuentran escotomizadas como sujeto y sus padecimientos están fuera del foco de atención (Velasco, 2009). A esto se suma la necesidad de tener en cuenta el factor tiempo de las mujeres ya que a menudo se trabaja sobre supuestos de gratuidad y elasticidad del tiempo de las mujeres, tanto en la búsqueda de atención para sí mismas como para otros (López, 2006).

No problematizar el vínculo entre sobrecarga de cuidados y salud puede llevar a naturalizar la división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades justificándola al relacionarla con la capacidad reproductiva de las mujeres (Esteban, 2006). A su vez esto lleva a pensar la maternidad como un hecho derivado de la naturaleza mientras que la paternidad se considera un hecho social (Esteban, 2006). De esta forma el biopoder, un sistema de dominación inscrito en el cuerpo y la biología, se ejerce a través de la medicina para establecer las pautas de comportamiento (Foucault, 1981). La naturalización funciona así como un componente ideológico para resolver las contradicciones surgidas de la sociedad al intentar aunar la igualdad teórica de oportunidades con las desigualdades y discriminaciones por motivos de género, clase y raza (Esteban, 2006).

Las desigualdades en la toma de decisiones aparecen en algunas entrevistas:

Y además rompe por lo tanto con todas esas cosas que antes decían “no, bueno, la mujer cómo va a decidir, el aborto, ¿por qué?”, “la mujer no puede decidir... la autonomía de la mujer con respecto a la del hombre”. O sea el derecho al propio cuerpo, la autonomía en todos los sentidos, de tener hijos y para no tenerlos. El derecho a querer tenerlo, a no querer ninguno, incluso a querer tener muchos. el concepto de autonomía, el concepto de igualdad al acceso a esos derechos (Entrevista 2).

Que en una democracia tan consolidada solamente un 20% de las mujeres estemos en el sistema político es la punta del iceberg de todas las inequidades (...) (Entrevista 7).

Este punto es particularmente importante cuando hablamos de la posibilidad de hacer un uso efectivo de los recursos en salud existentes. Las relaciones desiguales de poder limitan la autonomía de las mujeres en el uso de los servicios de salud. El acceso y control sobre los recursos tiene desigualdades por género. El acceso es la oportunidad de usar un recurso y el control es la capacidad de definir el uso de este (Gómez, 2011). La falta de información sobre las desigualdades de género sobre el acceso y control de los recursos puede conducir a percepciones erróneas sobre lo que pueden lograr las personas en el cuidado de su salud y la medida en que pueden beneficiarse sobre una determinada intervención sanitaria (Gómez, 2011).

El embarazo adolescente también aparece como problema en algunas entrevistas:

O sea, recursos, programa, prevención, anticoncepción. Yo creo que el último golpe fuerte se da en el tema de maternidad adolescente con el tema del implante y ese cambio radical que se produce con el embarazo adolescente... que marcó un cambio, si en la natalidad de Uruguay que ya es baja, pero también en una posibilidad que de alguna manera se atemperara la reproducción biológica, social e intergeneracional de la pobreza (Entrevista 6).

La maternidad en adolescentes es expresión de la desigualdad social y limita el desempeño futuro de las jóvenes, y repercute negativamente en su inserción en el ámbito educativo, en la futura inserción en el mercado laboral y en la sociedad (López y Varela, 2016). El embarazo adolescente es un problema público ya que no es solo un tema de las personas o las familias sino de la sociedad en su conjunto y debe ser abordado por las políticas públicas de salud (López y Varela, 2016). Este fue un tema que tuvo un fuerte desarrollo durante el tercer período de gobierno a través de la Estrategia de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes (CNG, 2018).

La escasa mención en las entrevistas a las barreras según género para el acceso a la salud muestra una baja comprensión de las inequidades de género que se trasladan en inequidades en el goce del derecho a la salud.

En algunos de los ex jerarcas entrevistados aparece un discurso en el que parece colocarse al sistema de salud por fuera de las desigualdades de género y sin capacidad de incidencia y transformación sobre las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres:

Porque la pregunta alternativa podría ser ¿qué cosas deberíamos haber hecho que no hicimos para potenciar la perspectiva de género además de las cuestiones más económicas?. Bueno, eso creo que tiene que ver con el acceso ¿no?, pero me parece que los problemas de acceso al sistema tienen desigualdades que provienen de las condiciones entre varones y mujeres y no de, o sea de los demandantes, no de la oferta. No sé si hay algo en el sistema que genere una dificultad diferencial de acceso entre varones y mujeres. Por lo menos yo no encuentro, no veo (Entrevista 5).

Estas dificultades en detectar estas barreras impiden que el sistema de salud tenga un enfoque transformador de género, cuestionando y tratando de cambiar las relaciones de género

y el desbalance de poder para así alcanzar la igualdad de género en salud (Dinys, 2011). Problematizar desde el sistema de salud estas barreras permite promover la conciencia crítica de las relaciones de género, el empoderamiento de las mujeres y disputar la distribución de recursos y responsabilidades en salud (Dinys, 2011). Los y las profesionales de la salud tienen un alto potencial de transmisión de mensajes debido al lugar que hoy ostenta el saber médico así que, se tengan en cuenta o no, pueden tener gran influencia generadora de cambio de actitudes (Velasco, 2009). En el acompañamiento a los aspectos psicosociales desde el ámbito sanitario se trata de que los mensajes favorezcan la transformación de actitudes de género en una dirección de balance igualitario entre hombres, mujeres y disidencias sexuales (Velasco, 2009).

4.2. Salud

El análisis de la concepción de salud que el Estado y los gobiernos sostienen es relevante ya que condiciona e impacta en las políticas públicas que se desarrollan, en las formas de abordar las problemáticas y en el tipo de respuesta que se crean (Echegoyemberry, 2017).

En las entrevistas realizadas surge la importancia, en la reforma de salud, de romper con el modelo biomédico para pasar a pensar la salud desde un enfoque integral y de cómo esto también debía reflejarse en la temática de salud y género:

Yo creo que fundamentalmente, que se entendió definitivamente que salud de la mujer, tenía que tener perspectiva de género o era otra cosa, o era atender a las mujeres desde el punto de vista modelo biomédico clásico (Entrevista 2).

Sin embargo a la hora de conceptualizar como esto se consolidaba en programa y acciones aparece mayor énfasis en el componente biológico de la salud en detrimento de componentes psico-sociales. Por ejemplo, se hace referencia de forma reiterada a problemas como el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino. En una de las entrevistas aparece esta dificultad para desarrollar acciones en salud de manera integral como un obstáculo para la profundización de la perspectiva de género en las políticas de salud:

Creo que nos faltó más porque siempre en la mirada de salud la mirada de género como tal esta mirada desde una mirada muy biologicista, esa es mi concepción (Entrevista 7).

Nos costó, con los objetivos sanitarios siempre eligen, en salud elegían los que tenían una mirada más biologicista y más salubrista. Entonces la mirada de género en su integralidad siempre costó más de incorporar (Entrevista 7).

En pocas entrevistas de ex jerarcas aparece el componente psicológico de la salud. La autonomía de las mujeres y el acceso a psicoterapia son dos elementos que aparecen en este sentido:

Pero en el período nuestro, y sé que se hizo en la RAP, lo que se pasaba era que se trabajaba mucho en el tema de la autonomía y el autoestima (Entrevista 2).

Pero si vos miras los equipos, lo que fue la fase 1 de la incorporación de a psicoterapia, en el modo 1 digamos que sería la psicoterapia tradicional también había un poco de perspectiva de género porque ahí estaban priorizados algunas cosas como por ejemplo los IAE, pero también los temas de salud sexual y reproductiva y también los temas de violencia doméstica. Así que yo creo que ahí hubo como un cambio en esa incorporación de esa perspectiva de género ya fuera de la estructura del sistema sino en la modalidad de atención digamos (Entrevista 5).

En cuanto al componente social de la salud surgían en las entrevistas algunas referencias:

Eso lo hacía el equipo, se reunían una vez por semana, una vez cada 15 días, hacían alguna cuestión de preparación para el parto... y era una relación muy linda porque se hablaba de los factores, de todos los componentes psicosociales del embarazo (Entrevista 2).

Nosotros sabemos cuánto influyen las condiciones de vivienda en la estabilidad de esa familia, no solamente en el indicador más duro que puede ser la muerte, la mortalidad infantil aumenta en el invierno, pero las condiciones que puede haber de integración en el hogar, que haya dos espacios para que los adultos tengan su intimidad y los niños crezcan en otro lugar con un baño y una cocina es lo básico que tenemos que lograr y

eso hace mucho a un derecho de acceso a la vivienda pero a un derecho que tiene la persona (Entrevista 7).

En referencia al componente social de la salud la persona entrevistada que fue referente del MSP en el tema género fue muy contundente en afirmar que si no se superan desigualdades sociales no se podrá garantizar el derecho a la salud para las mujeres:

Mira, es lo mismo que pasa con ese momento que estamos viviendo, sino consideras a las mujeres iguales, si no considerás a las mujeres sosteniendo a sus hijos, sosteniendo a sus maridos que no tienen un trabajo, yendo a limpiar lo que sea porque no tienen un pedazo de pan o sosteniendo la olla popular, si no se pone a las mujeres en ese lugar que son quienes sostienen porque, es cierto, como cuidadoras nos criaron como cuidadoras nos sentimos y responsable de la vida de los otro también. Hasta que no se considere que eso es un derecho y no una obligación no vamos a tener justicia ni siquiera en todas las otras áreas, ni en la de educación ni en el área de nada (Entrevista 8).

Por lo tanto podemos pensar que, si bien se hace referencia al concepto de salud integral en las entrevistas, el sesgo biologicista de la salud siguió existiendo durante los gobiernos frenteamplistas. Este sesgo ha llevado a que, en muchos casos, la incorporación del concepto de género se desvirtúa y termina convirtiéndose en la consideración de las diferencias anatómicas y fisiológicas según sexo y las implicancias que esto tiene para la salud. Se traduce en una medicina en función del sexo (Glezerman, 2017). Esto ocurre con particular énfasis en cuanto a patologías del ámbito genito-mamario para la detección precoz del cáncer por las claras diferencias anatómicas según sexo en estas patologías. Sin embargo, el androcentrismo en la atención a la salud hace que aún falte conocimiento, incluso sobre los aspectos biológicos. Falta conocimiento sobre como los fármacos afectan de forma diferente a cada sexo, los efectos adversos que estos causan y las diferencias de expresión de signos y síntomas de las enfermedades según el sexo ya que la mayoría de la evidencia científica surge de investigaciones aplicadas en hombres (Glezerman, 2017). “Generación tras generación de médicos han contemplado a la mujer simplemente como una variedad del hombre, quizá como una forma del hombre algo defectuosa” (Glezerman, 2017).

Este biologicismo, que es inherente a la ideología médica, es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud-enfermedad (Menéndez, 2003). Esto dificulta el diálogo del área salud con las teorizaciones sobre género que necesariamente incluyen los aspectos históricos, sociales y culturales, quedando estos saberes excluidos o subalternizados.

Al hablar de género y salud en las entrevistas se hace constante referencia, por todas las personas entrevistadas, al área de salud sexual y reproductiva, siendo escaso el desarrollo en los discursos de otros componentes de la salud integral de las mujeres. Se nombra la interrupción voluntaria del embarazo, la reproducción asistida, la atención en el embarazo parto y puerperio, la anticoncepción, los cánceres ginecológicos, la sexualidad en la adolescencia, los derechos sexuales y reproductivos, la educación sexual, el embarazo adolescente, etc.

Algunos ejemplos:

Después fuimos por otros derechos, en el caso del ministerio fuimos por la reproducción asistida porque bueno, también es un derecho, también esa fue difícil de sacarla, pero fue difícil por el tema de financiamiento (Entrevista 1).

Después todo el tema de asegurar la incorporación universal, el acceso universal a anticonceptivos orales. La anticoncepción en general, pero en particular el avance importante que se hizo, en anticonceptivos , que hicimos un acuerdo muy importante económico con el PNUD, ahora sí el ministerio puso la plata para tener el acceso universal a métodos. No solo en ASSE sino en todo el sistema de salud (Entrevista 2).

El proteger la vida desde el momento de la concepción para mi implica proteger a la embarazada desde el momento en que se embaraza, no implica el embrioncito, si la embarazada (Entrevista 3).

Creo que fue igual muy bueno porque en base a esa estructura nos permitió dar respuesta a lo que yo creo que es lo principal de nuestra actuación en ese período que fue el avance de la implementación de la agenda de los derechos sexuales y reproductivos (Entrevista 4).

Si, yo creo que la ley del 2008 fue claramente. Creo que cuando se aprueba la ley de salud sexual y reproductiva significa un avance notorio en la perspectiva de género que como te decía hoy quedó obnubilado por el veto y el veto llevó a la inacción respecto a todo el resto de la Ley. Pero creo que la Ley del 2008 es una notoria comprensión de la perspectiva de género a través de la Ley de salud sexual y reproductiva (Entrevista 5).

Bueno mira, no hay duda de que el tema de salud sexual y reproductiva fue un tema clave, ¿no? (Entrevista 6).

Y que se hicieron acciones si, la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos hasta todo lo hicimos en salud sexual hasta la implementación (Entrevista 7).

Uno de los componentes del cambio de modelo de atención es la integralidad en la atención a la salud y este fue un aspecto reiterado en las entrevistas. La integralidad se refiere a la identificación de las necesidades en salud de las personas y a las respuestas del sistema a estas. Esto implica la atención con la suficiente amplitud para cuidar de todas las necesidades en salud con excepción de aquellas de frecuencia muy baja (Starfield, 2009). Esto incluye tanto tratamiento como las acciones preventivas en todas las etapas de la vida independientemente de la edad o de la parte del cuerpo afectada (Starfield, 2009). Implica también proveer servicios de baja complejidad tecnológica para un amplio rango de problemas y necesidades de alta frecuencia en la población que incluyan controles en salud, controles de embarazo, prevención y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, atención de problemas de salud frecuentes, etc (Starfield, 2009). Por lo tanto, la fuerte asociación entre género, mujer y salud sexual y reproductiva puede alimentar el imaginario de que la atención en salud que precisan las mujeres es una salud fragmentada y centrada en su aparato reproductor en detrimento de una integralidad que atienda sus necesidades en salud sexual y reproductiva como parte de sus necesidades de atención como persona. Esto se refuerza con la mención de la ginecología como la especialidad médica de cabecera de las mujeres, privando a las mujeres del acceso a esta integralidad en la atención.

En estos discursos vemos que quienes conducían la política pública en salud durante los gobiernos del Frente Amplio al pensar en el concepto de género en la atención a la salud de las mujeres tenían una concepción muy reducida a la salud sexual y reproductiva. Igualar la

intersección entre salud y género con la salud sexual y reproductiva es una limitación para permitir la transversalización de la perspectiva de género en la atención de las personas. A su vez todo el trabajo de la agenda de género en la salud sexual y reproductiva es una base importante para continuar el proceso de incorporación de la perspectiva de género en salud ya que implicó un avance en la comprensión de la necesidad de este enfoque.

4.2.1. Proceso salud-enfermedad-atención

En algunas de las entrevistas surgen referencias a la atención de la salud como un suceso social que permiten hacer visible cómo las acciones de quienes atienden la salud tienen tanto componentes técnicos, profesionales como una construcción social con componentes económicos, sociales, políticos e ideológicos.

Sí hubo [resistencias] por ejemplo del ambiente médico. Yo me acuerdo, no importa quién es, en una charla viendo las cosas para las patologías cardíacas de los niños dice “eh ... podrían destinar lo que le dan a los maricas” (...) “para los niños” (Entrevista 1).

Es decir que de alguna forma te diría que hay una mezcla de temas más sabidos del sistema sanitario y otros en los que se avanzó todavía a una velocidad más lenta porque se trataban de temas en los que no había mucha experiencia acumulada y había mucho prejuicio por un lado pero también mucha falta de capacitación (Entrevista 6).

El sistema reproduce el modelo patriarcal que tenemos en el país, mucho más incorporado de lo que nosotros pensamos, por eso la mirada de género es tomada por quienes tenemos un perfil más social dentro de la atención a la salud y no justamente como un eje vertebrador y orientador de la política de salud (Entrevista 7).

Es por esto que a través de las entrevistas podemos valorar que algunos de quienes fueron jefes del MSP reconocen que la atención a la salud es parte de complejos procesos sociales que impactan en cómo se brinda el servicio y a su vez estos servicios impactan en la sociedad.

Sin embargo esto no estuvo presente en todas las personas entrevistadas. Algunas personas que ejercieron el cargo de secretaria o subsecretaria del MSP no parecen percibir este

aspecto y una de las personas entrevistadas explicita sus dificultades para visualizar este concepto:

Pero me parece que los problemas de acceso al sistema tienen desigualdades que provienen de las condiciones entre varones y mujeres, y no de, o sea de los demandantes, no de la oferta. No sé si hay algo en el sistema que genere una dificultad diferencial de acceso entre varones y mujeres. Por lo menos yo no encuentro, no veo (Entrevista 5).

Esta persona entrevistada separa en su discurso al sistema de salud de los hechos sociales y no logra visualizar que tanto los padecimientos como las respuestas que las sociedades construyen para atenderlos, conforman procesos sociales que son interdependientes. La atención a la salud expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera. Las dificultades para comprender esto limita el potencial transformador en cuanto al género de la política pública en salud.

Otra de las personas entrevistadas realiza un análisis similar al responsabilizar a las mujeres de las dificultades en los avances en la temática género ya que ellas no realizaron los cambios culturales necesarios:

No se si te estoy siendo claro pero quiero transmitirte más cosas que el deber ser, quiero decirte, creo que hubo por las metas avances tanto en el sector público como en el sector privado en pasar a la acción en que hubiera políticas de salud de la mujer integrales y más integrada. ¿Suficientes? No, porque el cambio cultural es muy largo y porque además los cambios culturales no solo dependen de lo que haga el prestador de salud, también depende del cambio cultural que hagan las propias mujeres, como es obvio. (Entrevista 2)

Por lo que vemos que, entre quienes fueron jerarcas, existieron miradas heterogéneas sobre este punto. En algunas entrevistas se ve un análisis que complejiza la atención de la salud entendiéndola como un proceso social y quienes tuvieron una mirada más simplista en el tema.

El sistema de salud no se encuentra por fuera del conjunto de contradicciones que, en cada contexto y situación, lleva a procesos de cambio y nuevos escenarios de lucha. En la práctica cotidiana se arraiga la hegemonía pero un nuevo contexto, la posibilidad de

condiciones históricas diferentes, permite reorganizar las posiciones adquiridas y producir prácticas transformadoras (Pagnamento, 2016). El sistema de salud no se encuentra por fuera de este campo de tensiones. El modelo médico hegemónico⁸ legitima a través de la ciencia y el Estado determinados procesos sociales e históricos. Este modelo tiene como característica no solo el biologicismo, sino también la ahistoricidad que entiende a la enfermedad como un hecho natural biológico y no un fenómeno social e histórico (Pagnamento, 2016). Pero en particular en algunas entrevistas podemos ver la presencia de otra característica de este modelo que es la asocialidad ya que lo social es una dimensión que la práctica médica no reconoce en sí misma y aún cuando lo social disrumpe se subsume a otros factores explicativos (Pagnamento, 2016). En este proceso el modelo construye la legitimidad de la reproducción de las estructuras sociales dominantes. Las acciones y omisiones colaboran así en la construcción de lo que se considera normal y como parte inherente del “orden social” (Pagnamento, 2016). Es por esto que es necesario la transformación de estas características de historicidad y asocialidad para dejar de convertirse en una herramienta para la reproducción del orden social que reproduce las desigualdades de género.

4.2.2. Género como determinante social de la salud

Son escasas las referencias, en las entrevistas a ex jefes, a esta subcategoría. En sus discursos no aparece ningún desarrollo de cómo el género influye en el proceso de salud-enfermedad-atención de las personas.

En una de las entrevistas aparece la necesidad de incorporar los determinantes sociales de la salud como un aspecto que se explicita en el tercer período de gobierno frenteamplista:

Ahí es que propusimos, se lo propuse yo, que había que tener un Plan Nacional de Salud. Identificar cuáles eran los problemas desde un punto de vista de salud que el Uruguay tenía y en función de eso elaborar un Plan (...) Mi propuesta al Ministro era que había que tener un Plan identificando cuáles eran los 10-15 problemas sanitarios que el Uruguay tenía a casi 10 años de asumir nosotros y en función de eso desarrollar acciones, como indicadores de resultado, de proceso donde estuviera en el centro la salud

⁸ "...conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado." (Menendez, 1994)

como un derecho y la mirada de la salud atravesada por los determinantes sociales (Entrevista 7).

No se observan expresiones que reflejan la vinculación entre género y otros determinantes sociales como el nivel socioeconómico o la situación laboral. Sólo una de las personas entrevistadas hace referencia a este aspecto:

La [brecha] de género, cuando tú ves que el 45% de las mujeres en este país que todavía no acceden al mundo del trabajo, cuando ves las diferencias y brechas salariales que tenemos, cuando tú ves que como castiga la economía de cada una de nosotras tener un hijo, cuando castiga desde el punto de vista, la dificultad que todavía tenemos en lograr políticas activas de empleo, en la autonomía económica de las mujeres... (Entrevista 7).

Esta misma persona, ex jerarca, es la única que hace referencia a los sesgos de género en la atención a la salud colocando como ejemplo las dificultades diagnósticas de infarto agudo de miocardio en mujeres con respecto a los varones:

Yo, pediatra, en emergencia móvil diagnostiqué dos infartos en dos mujeres que me decían que estaba loca, que me dedicara a mirar las gargantas de los niños y que esa mamita lo único que podía tener [era] algún ataque vinculado a su salud mental (Entrevista 7).

No aparecen referencias a cómo el género influye en la vinculación de las personas con el sistema de salud en ninguna de las entrevistas.

Tampoco aparecen en las entrevistas referencias a las diferencias según sexo/género en la morbi-mortalidad de las personas con excepción a las referencias a los cánceres ginecológicos. La principal causa de muerte en las mujeres en Uruguay son las patologías cardiovasculares y sin embargo sólo en una entrevista aparece una referencia a estas. Por el contrario, la principal causa de muerte de los varones en Uruguay son las patologías oncológicas. El altísimo número de fallecimiento de los varones por muertes violentas como accidentes de tránsito, suicidios y homicidios, no aparece mencionado en ninguna de las entrevistas. El androcentrismo y la concepción de un “paciente” con características universales se suma a las dificultades para incorporar los determinantes sociales y se generan así estas

omisiones. Estas omisiones invisibilizan que los comportamientos en torno a la salud según género influyen en la morbilidad y mortalidad de las personas (Esteban, 2006). Por ejemplo, la mayor siniestralidad puede estar vinculada a las prácticas de riesgo asumida en mayor medida por varones.

Lo no dicho puede ser también producto de análisis ya que en toda sociedad la producción del discurso está a su vez controlada, seleccionada y distribuida según una serie de procedimientos para construir el lugar de poder de ese discurso (Foucault, 1973). Un mecanismo para colocar límite a los discursos para Foucault (1973) consiste en “las disciplinas”, estas tienen un “ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas verdaderas, un juego de reglas, de definiciones, de estrategias” (Foucault, 1973). El campo de la salud no está exento de este proceso de producción del discurso, y si tenemos en cuenta de que todas las personas entrevistadas, con excepción de una, eran médicos y médicas podemos inferir que la disciplina de la medicina está fuertemente vinculada a la producción de discurso de estas. Para que lo que se enuncie pertenezca a la disciplina médica debe cumplir con ciertas condiciones y pierde valor y legitimidad dentro del mundo disciplinar lo que se encuentra “fuera de la medicina”. Es así como una disciplina construye sus límites colocando en su exterior, hacia el otro lado de sus márgenes ciertos saberes (Foucault, 1973). Por lo tanto la disciplina fija los límites del discurso y esto tiene una función restrictiva y coactiva (Foucault, 1973). El género y los determinantes sociales se han teorizado mayormente desde lugares del saber que se encuentran por fuera de las ciencias “duras” y que se han colocado históricamente como “no ciencia” o por fuera de “la verdad” como son las ciencias sociales. Esto puede explicar las dificultades para que estas temáticas permeen con más fuerza el discurso.

La visión positivista de la enfermedad se ve reflejada así en los discursos entendiendo la enfermedad como una mera desviación de la norma biológica. Esto implica una doctrina que considera que existe una etiología específica de las enfermedades, la noción de que las enfermedades son universales, la idea de que la medicina es neutral y la dicotomía mente/cuerpo (Esteban, 2006).

Las dificultades, de quienes fueron jefes del MSP durante los gobiernos del Frente Amplio, en percibir el impacto del género como determinante social de la salud de las personas puede conformar una barrera para el avance en la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud.

4.3. Política pública

El Sistema Nacional Integrado de Salud es una política pública de salud creada durante el primer gobierno frenteamplista. Durante las entrevistas se hace evidente que el SNIS cumple con los diferentes componentes de una política pública.

El SNIS conforma acciones estructuradas en componentes de sistema de salud y seguro de salud:

Nosotros recibimos una hoja de ruta muy bien armada porque llevaba años y años de congreso, de debate, de elaboración y de acuerdo en todas las gremiales, tanto médicos como de trabajadores públicos y privados. Todos estaban de acuerdo en la reforma sanitaria (Entrevista 3).

Teníamos el esquemita típico que pasábamos en todos los lugares, que iba a haber un cambio de modelo de atención, un cambio de modelo de gestión, un cambio de modelo de financiamiento y que eso iba a construir un sistema nacional integrado y un seguro de salud (Entrevista 5).

Esta reforma de salud conlleva acciones intencionales, evaluadas, estudiadas y decididas desde el gobierno frenteamplista:

Una razón teórica de empezar a diseñar la reforma desde el seguro y no desde el sistema y una razón práctica de que el sistema estaba colapsado llevó a que después de largas discusiones en este grupo de los cinco, llegamos a la conclusión de que había que empezar por la reforma del sistema de financiamiento. Esa fue la primer decisión. La siguiente decisión fue cómo estructurar el sistema de financiamiento o el seguro nacional de salud (...) La segunda decisión que se tomó fue ir a un sistema contributivo de seguridad social. La tercera decisión fue cuánto íbamos a cobrar por ese seguro (Entrevista 5).

El sistema de salud está conformada por acciones decididas por una autoridad pública. El primer gobierno del Frente Amplio asume con la decisión política de llevar adelante la reforma del sistema de salud:

Después existió el compromiso que Tabaré [Vázquez] conversó con economía de que se encarara la reforma de la salud como tal (Entrevista 3).

Nosotros entramos con la prioridad de hacer la reforma. ¿no?. Ahí el equipo era, Marita, Miguel, Basso que era director general de salud, y Tabaré González, que era director de ASSE ¿Te acordás que ASSE estaba dentro del Ministerio? y yo. Nosotros éramos los 5 que más o menos éramos el gabinete del Ministerio... Los 5 estábamos de acuerdo en que llegábamos a impulsar la reforma (Entrevista 5).

El SNIS está conformado por acciones ejecutadas por organismos gubernamentales ya que es un sistema mixto público-privado pero con la rectoría del Ministerio de Salud Pública:

Qué acciones había que tomar como ente rector, qué acciones había que tomar por los efectores de salud tanto públicos como privados y qué otras acciones había que tomar del resto de la política pública que también tienen mucho que ver en la concepción de salud (Entrevista 7).

Implica un patrón de comportamiento del gobierno guiado por la apuesta a la reforma en el modelo de atención, la reforma del modelo de gestión y la reforma del modelo de financiamiento:

Teníamos el esquemita típico que pasábamos en todos los lugares, que iba a haber un cambio de modelo de atención, un cambio de modelo de gestión, un cambio de modelo de financiamiento y que eso iba a construir un sistema nacional integrado y un seguro de salud (Entrevista 5).

La creación del SNIS implica una política pública que inicia un proceso de reforma en la atención a la salud de las personas en el país que siguió consolidándose durante los tres períodos de gobierno del Frente Amplio.

4.3.1. Políticas de salud sensibles al género

Un sistema de salud igualitario debe permitir un acceso a los servicios públicos o privados de salud según las necesidades de las personas y no según su género u otras

estratificaciones sociales. Las mujeres y otros grupos sociales presentan una situación de desventaja social respecto al acceso a los recursos necesarios para la protección de la salud y del control sobre ellos. La perspectiva de género implica identificar, responder a las necesidades y riesgos particulares de hombres, mujeres y disidencias sexuales.

Entre los y las ex jerarcas existe en las entrevistas una coincidencia en la afirmación de la existencia de perspectiva de género en las políticas de salud durante los gobiernos frenteamplistas:

Sí, yo creo que en términos generales sí [hubo perspectiva de género]. Lo hubo porque partíamos de una base en el 2005 en donde este tema, la perspectiva de género era solo una consigna callejera, género era igual a hablar de manifestación feminista (Entrevista 4).

Bueno y por supuesto que tenemos un sistema de salud que es revolucionario con respecto a la mirada de género pero a mí me parece que nos faltó mucho más acciones concretas dentro de las prestaciones a brindar por parte de los prestadores de salud públicos y privados (Entrevista 7).

Sin duda. Sin lugar a dudas [hubo perspectiva de género]. El MSP tradicional aparte de tener el programa de la madre y los niños que es un antes y un después, arrancó en el 2005 ya con esta visión... (Entrevista 6).

A la ruptura del modelo materno-infantil analizada previamente se le puede agregar el impacto positivo que tuvo el cambio de modelo de financiamiento al incorporar al núcleo familiar y a las personas jubiladas en el FONASA:

...yo creo que el sistema de salud uruguayo previo a nuestra reforma era un sistema poco feliz para las mujeres, poco atractivo para la atención de las mujeres. No solo porque al no tener la formalización del trabajo debían ir a ASSE sino además porque el sistema no tenía condiciones de atención adecuadas. Entonces, yo creo que el sistema es un sistema que en términos de la desigualdad varones y mujeres, que existe por muchas más razones que de salud, yo creo que salud es de las políticas públicas que más amortiguó esa desigualdad (Entrevista 5).

En el modelo previo las mujeres, por su menor presencia en el mercado laboral, mayor informalidad y mayor proporción dentro de las personas jubiladas, debían acceder en mayor medida a la atención en salud a través de lo que era conocido popularmente como el “carné de pobre” (Rodríguez y Perazzo, 2009). La incorporación de los cónyuges y concubinos al sistema es destacable desde una perspectiva de género ya que se estima que un porcentaje alto (71%) eran mujeres (Rodríguez y Perazzo, 2009). A pesar de esto es importante señalar que el ingreso al FONASA sigue siendo principalmente a través del empleo formal de forma directa o indirecta (a través del cónyuge) y esto impacta en que las inequidades en el mercado laboral entre hombres y mujeres se transfieren al sistema de salud. Es así como el prestador público presenta una mayor proporción de mujeres afiliadas al SNIS por fuera del FONASA, lo que les quita la libertad de elegir el prestador de salud (Rodríguez y Perazzo, 2009). A su vez, las mujeres no solamente participan menos del mercado laboral sino que en promedio tienen salarios más bajos. En la medida en que el aporte al sistema implica un porcentaje fijo del sueldo los hombres aportan más en promedio lo que constituye un mecanismo de solidaridad entre géneros (Rodríguez y Perazzo, 2009).

A su vez es relevante desde una perspectiva de género el acceso de las personas jubiladas al FONASA. Si bien no se destaca por las personas entrevistadas un impacto diferencial por género en este aspecto, es importante mencionar que debido al mayor porcentaje de mujeres entre la población jubilada en el Uruguay esta medida también tuvo un impacto generizado que mejoró el acceso a la salud de las mujeres. La proporción de mujeres en el total de personas jubiladas es algo mayor que la de los hombres y es de alrededor de 55% en el período 1995-2005, pero el ingreso de los hombres en promedio es mayor que el de las mujeres (Santos, 2008).

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud es posible gracias a la constante tarea de mujeres feministas en el MSP que de forma incansable insistían en la importancia del tema. Una de las ex jefarcas entrevistadas afirma que ellas constantemente “predicaban” sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género. Una de las referentes del tema género en el MSP cuenta como fue sensibilizando a jefarcas frenteamplistas sobre este tema en el 2004-2005:

Entonces me dice así al estilo de él “¿me podés explicar qué es género?”.

Entonces yo en 2 minutos y medio le explique lo que me salió de lo que era

género y que en esas condiciones podría. Él me dice “nooooo, pero hay un programa de Mujer y Niñez vos podrías tener una persona que trabajara en niñez...”. Yo le digo “no, no, no yo te digo cuales son mis condiciones. Voy a trabajar por 3 pesos, ya sé, pero voy a trabajar por salud de la mujer y género”. Demoró unos días, me volvió a llamar, me volvió a entrevistar. En ese momento Ana Cristina Gonzalez, que estaba trabajando en la CEPAL, vino a dar una vuelta por Uruguay, yo lo invité a él a una reunión para que se fuera empapando en algo que tenga que ver con género y fue a la reunión. Creo que tampoco entendió nada, pero bueno. En esas condiciones me metí en el Ministerio (Entrevista 8).

Se incorpora de esta forma el género a la política pública en salud, convirtiéndose el gobierno frenteamplista en una oportunidad, para el movimiento feminista, para avanzar en la agenda de género. Pero para esto, de forma paradójica, las feministas tuvieron que trabajar constantemente con las dificultades dentro del sistema. Esto evidencia que las políticas públicas son el resultado de la configuración de las relaciones de fuerza existentes en cada momento y la burocracia estatal es en sí misma una arena de la lucha política (López, 2015). La participación activa de mujeres feministas en esta batalla ha sido decisiva en la definición de problemas públicos y la elaboración de agendas que den cuenta de sus reivindicaciones, necesidades e intereses (López, 2015). De todas maneras, es importante advertir que esta fuerte dependencia de la acción de las feministas insertas en el MSP que presentan los avances de la agenda de género en salud es una dificultad para el proceso de institucionalización de género en la política de salud.

El Estado es a su vez un espacio y un conjunto de procesos que envuelven un juego contradictorio de posiciones, representados por y en distintos sectores de la burocracia estatal (López, 2015). Esto colabora en explicar porque a la interna del SNIS los avances no fueron homogéneos y se describe en las entrevistas como existieron dificultades para que los avances en lineamientos políticos se tradujeran en acciones concretas para la igualdad de género y en especial en los prestadores privados de salud.

De hecho los Objetivos Sanitarios Nacionales no tienen un correlato específico en acciones concretas que mejoren esto. Creo que en todo caso si hubo un avance en el tercer gobierno de frente fue más desde la órbita legislativa, por

ejemplo la ley de Violencia Basada en Género, mismo a todo el tema de la Ley Trans, pero no a nivel ministerial. Creo que el Poder Ejecutivo estuvo muy a la saga, muy muy conservador (Entrevista 4).

Siempre en esto el que tuvo una acción mucho más revolucionaria fue el prestador público por su propia concepción. Y a nivel privado cuando tú decías, en los Objetivos Sanitarios Nacionales, le dábamos a los prestadores a elegir en qué objetivo, en cuales se podían comprometer con la mirada de género y con algunas cosas que no sean... eran muy pocos prestadores los que podían tener un involucramiento en lo que nos sea con la mirada más salubrista, más biologicista en la mirada de la salud (Entrevista 7).

Algunas autoras han reflexionado sobre este proceso que lleva, durante los gobiernos frenteamplistas, al pasaje de la temática de género desde la academia hasta las políticas públicas (Aguirre et al, 2014). Estas autoras reflexionan sobre cómo, en este período, se experimentó una mayor confianza hacia técnicos y técnicas desde las políticas públicas. Los vínculos históricos entre la Universidad de la República y el partido de gobierno facilitaron el acceso de expertos a cargos de gobierno y la circulación de resultados de investigación hacia el ámbito de las políticas públicas (Aguirre et al, 2014). En Uruguay la academia especializada en género ha puesto a disposición el conocimiento generado y ha reflexionado junto con las organizaciones sociales acordando estrategias para incorporar esta temática en la agenda pública (Aguirre et al, 2014). El campo de los estudios de género ha sido pionero en la interacción entre investigación, movimiento de mujeres y poder político para la incorporación de la dimensión de género en las agendas gubernamentales. Este contexto, con un gobierno frenteamplista que pone en el centro las políticas sociales y la redistribución, favorece la incidencia de la academia en las políticas públicas (Aguirre et al, 2014). Este camino no se vio libre de tensiones debido a los diversos intereses en los distintos actores ni fue un proceso lineal (Aguirre et al, 2014). Este recorrido que describen las autoras puede explicar el proceso de incorporación de la perspectiva de género en la política pública de salud durante los gobiernos frenteamplistas producto de esta interacción entre academia, movimiento de mujeres y actores gubernamentales.

Por lo tanto es posible valorar que las políticas de salud durante los 15 años de gobierno progresista comienzan a incorporar la perspectiva de género, pero esto se dio con dificultades

de comprensión dentro de los mismos operadores políticos y no fue homogéneo en los prestadores de salud con mayor fortaleza en los prestadores públicos.

4.3.1.1. Políticas hacia las mujeres

Al analizar las políticas de salud vinculadas al género referidas por las personas entrevistadas se puede ver la fuerte asociación de políticas de género como políticas hacia las mujeres. Una de las primeras que aparecen son las políticas hacia las mujeres que sufren violencia basada en género:

En el cambio de modelo se trabajó también mucho, se trabajó con todo lo que tenía que ver con políticas de género pero fundamentalmente, más que nada encarados hacia la violencia doméstica y apareció en la historia clínica, la hoja, que sobre todo los médicos varones se negaban a llenarla (Entrevista 3).

La OMS define a la violencia como un problema de salud pública y reconoce que la violencia de género es fuente de daño físico y mental para las mujeres y para niñas y niños y menoscaba o anula el pleno goce de los derechos humanos y las libertades individuales (OMS, 2014). Esta insta a que los sistemas de salud den respuesta a la violencia, en particular la ejercida contra mujeres, niños y niñas (OMS, 2014). Es así como el sistema de salud en Uruguay, en sintonía con los lineamientos internacionales, deja de ver la violencia de género como un espectador o un reparador de los estragos provocados por esta, convirtiéndose en un problema de salud en sí mismo que debe ser asistido y prevenido (De Souza, 2005). Esto es una conquista que lleva a crear métodos diagnósticos y de atención en los servicios de salud. Sin embargo, es importante analizar de qué forma se construye esta respuesta en nuestro país ya que, por lo analizado previamente, al desarrollarse en un sistema de salud que no incorpora aún las relaciones de poder desiguales en su concepción de género corre el riesgo de condenar la violencia doméstica sin condenar las causas que la producen (Herrera, 2014). Diferentes problemáticas sociales pasan a ser consideradas problemas de salud y abordadas por el sistema sanitario, pero al hacerlo se despoja a esta problemática de su complejidad social. Esta

medicalización⁹ de la violencia de género puede llevar a perder de vista la pluridimensionalidad de este fenómeno y de caer en sesgos patologicistas y biologicistas del problema sin tener en cuenta sus componentes sociales, históricos y culturales (De Souza, 2005). Este enfoque se centra en la mujer individual y su “patología” y no en las estructuras sociales que apoyan o aprueban la opresión de la mujer (Schneider, 2000). Para evitar esto se debe “poner en contexto el maltrato y relacionar el abuso de la mujer con cuestiones más generales de subordinación de género, relaciones de poder y violencia en vínculos íntimos” (Schneider, 2000). La mirada carente de complejidad a su vez impide que el sistema de salud problematice su propio rol como partícipe en la producción de la violencia de género (De Souza, 2005).

Luego en los discursos aparece con mucha fuerza la igualación de las políticas de género con las políticas de salud sexual y reproductiva. Todas las personas entrevistadas hicieron referencia de forma reiterada al avance importante en materia de género en el área de salud sexual y reproductiva:

Creo que las prioridades de las políticas de género estuvo en el binomio madre-hijo notoriamente. Bueno, eso después cambió ¿no? A partir de... bueno yo mismo a partir de mi estadía fuimos cambiando las metas sacando bastante las de embarazo y poniendo de mujer digamos. Pero creo que el diseño estuvo, y Marita fue bastante enfática en eso, fue en las prioridades de género en una buena, en un buen proceso de embarazo digamos (Entrevista 5).

En el derecho a la anticoncepción y a la planificación familiar bueno se... en nuestro gobierno se avanzó muchísimo en cuanto a las prestaciones gratuitas de todos los sistemas anticonceptivos. Se incorporó el implante y el DIU al sistema con cuotas muy bajas y llegamos a la oferta universal (Entrevista 4).

Bueno en realidad desde la asistencia al parto, que este también ya se había hecho en el primer período, el parto acompañado, los derechos de la mujer sobre su cuerpo, porque definitivamente salió la ley y quedó (Entrevista 3).

⁹ La medicalización consiste en el proceso a través del cual toda una serie de episodios vitales que hasta entonces fueron parte de los acontecimientos y comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos se convierten en enfermedades (Menéndez, 2009).

Y si... porque justamente lo que se trató es esto, buscar igualdad, que las mujeres pudieran alcanzar equidad en muchas cosas, el tema IVE está claro que lo es (Entrevista 1).

El acceso a los métodos anticonceptivos, el acceso al IVE, es una cosa con todas las dificultades en su implementación, pero estaba siempre arriba de la mesa. El tema de la mortalidad materna que está muy vinculada a que no hubiera muertes por, por aborto. El tema de del embarazo adolescente el principal objetivo sanitario y se pudo reducir un 38%, una cosa que en un momento además que.. nosotros hicimos muchos debates , estuvo muy entreverado es, porque en realidad parecía en muy pocos años muy fuerte ¿no? (Entrevista 6).

Y que se hicieron acciones si, la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos hasta todo lo hicimos en salud sexual hasta la implementación (Entrevista 7).

Al analizar los contenidos de los documentos seleccionados vemos que este aspecto puede verse reforzado no solamente por la alta frecuencia con la que aparece la palabra mujer, aspecto que ya fue analizado, sino también por el hecho de que las palabras vinculadas al género aparezcan con mayor frecuencia en las guías vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Esto lo vemos reflejado al analizar la frecuencia en la que aparece la palabra género en las guías vinculadas a la salud sexual y reproductiva ya que de las 15 veces que aparece en total la palabra género en las 8 guías de práctica clínica seleccionadas 13 corresponden a las 2 guías vinculadas a esta área temática. En cuanto a los documentos correspondientes a Leyes marco del sistema vemos que en el total de las 6 leyes seleccionadas la palabra género aparece 3 veces, 2 de estas menciones corresponden a la Ley 18.426 de Defensa al Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva.

Es llamativo que del total de las guías las que están vinculadas al área de salud sexual y reproductiva presentan una alta proporción de las palabras vinculadas al género:

Tabla 4: palabras pertenecientes a la categoría género en las guías de salud sexual y reproductiva (Guías SSYR) y total de las guías analizadas (Guías) en frecuencia absoluta (FA) y frecuencia relativa (FR).

	Guías SSYR (N=2)	Guías (N=8)	Guías SSYR
--	---------------------	----------------	------------

Tipo de Frecuencia	FA	FA	FR
Género	13	15	86,67
Hombre	39	88	44,32
Mujer	71	235	30,21
Transexual	3	3	100,00
Varón	7	11	63,64
Totales	159	405	39,26

Fuente: elaboración propia.

Desde ámbitos académicos y del movimiento de mujeres existe una coincidencia en considerar que un hito importante y punto de inflexión en la perspectiva de género en la política de salud fue la creación del Programa de Salud Integral de la Mujer. Este programa rompe con el enfoque materno infantil para pasar al enfoque de salud sexual y reproductiva y avanza en la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (CNS, 2005). Pero marcan su inicio cuatro años antes de que asuma el primer gobierno frenteamplista (CNS, 2005), por lo que se podría inferir que este continúa y profundiza un camino que se había comenzado a recorrer previamente. El primer gobierno frenteamplista crea el Programa de Salud de la Mujer y Género que tiene énfasis en la salud sexual y reproductiva lo que implica un paso más en este tema. Se destaca como logro central en el período 2005-2020 la incorporación de los servicios de salud sexual y reproductiva como prestación obligatoria del SNIS (Abracinskas, 2014).

Los derechos sexuales y reproductivos son imprescindibles para la autonomía física de las mujeres y esta fue el área programática en la política de salud en la que más se avanzó durante los gobiernos frenteamplistas en cuanto a la perspectiva de género con una amplia agenda de leyes y programas (Ver Anexo I). Estos logros de enorme magnitud corren el riesgo de llevar al error interpretativo de considerar la perspectiva de género en salud como sinónimo de la salud sexual y reproductiva si no se transversaliza este enfoque a todas las áreas de la atención de salud de las personas apostando a la integralidad.

En las entrevistas predominaban los aspectos vinculados a los derechos reproductivos por sobre los derechos sexuales. Estos últimos apuestan al disfrute de una vida sexual satisfactoria y no vinculada necesariamente con la procreación. Si bien la salud sexual y reproductiva es parte de la agenda feminista, no debe asumirse que esta por sí misma garantiza la perspectiva de género. Se debe incorporar el objetivo de la equidad y la igualdad de género como condición necesaria para que las mujeres puedan tomar las decisiones y atender su propia salud sexual y reproductiva (Ramos, 2006). Por esto se debe apostar a modificar las condiciones de subordinación que impide que sean sujetos activos de sus decisiones para su vida. A su vez, la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva debe tener en cuenta la salud de varones y disidencias sexuales e implica cuestionar las masculinidades hegemónicas y problematizar roles y estereotipos de género (Ramos, 2006). En este sentido es importante destacar que en el total de las guías las de salud sexual y reproductiva se llevan un alto porcentaje de las palabras de las categorías género en especial de las palabras varón, transexual y género de lo cual podemos inferir que la perspectiva de género ha logrado permear en esta línea programática de la política de salud.

A pesar de esto, la fuerte asociación que vemos en los datos analizados entre género como sinónimo de mujer y políticas de género como sinónimo de salud reproductiva corre el riesgo de que la agenda de género en salud se traduzca en una readecuación del discurso médico maternalista. Este discurso surge a fines del siglo XIX en Uruguay y redefine, en dicho momento histórico, la maternidad como el rol principal de las mujeres (Osta y Espiga, 2018). Este enfoque ha sido históricamente instrumentalista al centrarse en la mujer en su rol reproductivo-maternal viéndose la salud de la mujer como un vector para la salud de otros. Por esto desde una perspectiva de género es importante marcar cómo los indicadores y las metas prestacionales siguieron centrándose en el recién nacido, en el embarazo y el parto (Rodríguez y Perazzo, 2009). Sin embargo, no existieron indicadores o metas prestacionales vinculadas al rol de los hombres en estas etapas (Rodríguez y Perazzo, 2009).

Podemos concluir que los avances en las políticas sensibles al género se concretan fundamentalmente en políticas hacia las mujeres. En particular esto se traduce en políticas dirigidas a las mujeres que viven violencia basada en género y en políticas de salud sexual y reproductiva. A pesar de esto el enfoque de género logró permear en el área de salud sexual y reproductiva.

4.3.1.2. Instituciones generizadas

Decir que las instituciones se encuentran generizadas implica que no sólo las personas dentro de ella están generizadas sino que sus estructuras, su cultura organizacional, sus procesos y políticas están inherentemente generizadas también ya que siguen un patrón definido en términos de distinción entre lo femenino y lo masculino (Gaba, 2010).

Solamente una de las personas entrevistadas incorporó este aspecto a su análisis:

Te hago como un paréntesis para contarte una cosa que, un día con Ida Oreggioni se nos dió por, digo “Ida vamos tratar de investigar a ver qué posibilidades o que rezagos tenemos las mujeres en los ámbitos de la salud”. Bueno y fue catastrófico, porque en realidad entre el 60-65% de todo el personal de la salud somos mujeres, pero después en la masa global salarial las mujeres ganan o ganamos un 20% menos que los varones (Entrevista 1).

En esta afirmación hace referencia a la diferencia salarial según sexo entre quienes trabajan en la salud. Al avanzar en la descripción de esta desigualdad va dejando en evidencia que el SNIS se encuentra generizado:

Los hombres acumulan los cargos, la mayor parte de los cargos de jefatura de servicios, salvo por ejemplo los de enfermería (Entrevista 1).

Los cargos jerárquicos, según describe la persona entrevistada, son cubiertos por varones. A su vez hace la diferencia con la enfermería que es una disciplina con mayor grado de feminización. A continuación describe cómo los cargos de alta dedicación, con mayores sueldos, son cubiertos por varones pero a su vez, marca la diferencia en la especialidad pediátrica dentro de la medicina que es una especialización altamente feminizada.

Después lo que tratamos también de compararlo con los CAD dentro de los médicos y ahí en realidad también los hombres en general, si vos sacas a pediatría, lo acaparan los hombres al resto (Entrevista 1).

Luego profundiza aún más asociando los niveles de atención dentro del sistema de salud y asociando el tercer nivel de atención (por ejemplo los CTI) con lo masculino y el primer nivel de atención con lo femenino:

Entonces, siempre digo que hay una especie de asociación varones, machistas, en el tercer nivel de atención, ¿no? porque claro el primer nivel de atención también es el otro que en realidad tira para las mujeres, y si es posible cirujano o que haga alguna especialidad que sea invasiva. Esos son los sectores que presentaron mayores resistencias a las políticas de género (Entrevista 1).

Marca también la diferencia en cuanto a las especialidades quirúrgicas que presentan una mayor proporción de varones entre quienes desarrollan esa especialidad.

Por lo tanto, si bien sólo una de las personas entrevistadas analiza este aspecto, lo hace de una manera en que grafica claramente al sistema de salud como institucionalidad generizada en cuanto a salarios, cargos jerárquicos, disciplinas y especialidades médicas y niveles de atención. Deja así en evidencia el techo de cristal¹⁰ y las paredes de cristal¹¹ que presentan las mujeres que trabajan en la salud.

Esto no es un aspecto menor a la hora de pensar el desarrollo del cambio de modelo de atención ya que los ámbitos y las profesiones masculinizadas en general están mejor valoradas a nivel social y tienen mejores remuneraciones que las feminizadas (Gaba, 2010). Este aspecto deja planteada la pregunta de si es posible avanzar en el cambio de modelo de atención que implica el énfasis en el Primer Nivel de Atención y en el abordaje de salud integral, familiar y comunitaria, aspectos feminizados en el sistema, sin fortalecer la perspectiva de género y romper lógicas patriarcales en el SNIS.

4.3.2. Políticas de transversalidad de género

El concepto de la transversalidad de género fue apareciendo de forma gradual en las políticas de salud de los gobiernos frenteamplistas. En los discursos de ex jerarcas aparece de

¹⁰ Barrera invisible que impide a las mujeres que cuentan con calificación y experiencia crecer en sus ámbitos de trabajo a la par que los varones con similares aptitudes (D` Alessandro, 2016).

¹¹ Mecanismos invisibles que impiden que haya movimientos horizontales de trabajadoras hacia ocupaciones que están asociadas con lo masculino (D` Alessandro, 2016).

distintas formas. Por un lado aparece la referencia de políticas de gobierno intersectoriales vinculadas al género donde el Consejo Nacional de Género existente en el tercer período de gobierno aparece como una herramienta de gran importancia:

A mí me parece que se hicieron cosas sí, pero quizás el esfuerzo y la fuerza no fue acompañada de una institucionalidad o un diseño programático más fuerte que en la organización desde la que participábamos en el Consejo de Género. Participábamos de acciones que cada uno de los programas tenían que implementar con esa mirada de género en ese trabajo pero yo creo que nos faltó, y siempre eran casi sin recursos sostenidos por personas que sí sostenían ideológica y políticamente que eso tenía que ser transversalizados en todos los programas a implementar por parte de la política de salud (Entrevista 7).

En el tercer período de gobierno aparece con mayor fuerza la transversalidad de género su incorporación de los Objetivos Sanitarios en Salud:

... pero logré una cosa cuando se terminó ese período y cuando se presentaron los Objetivos Sanitarios que fue en el período siguiente antes de que Wilson fuera a la OPS, se logró que se dijera explícitamente que la equidad de género transversaliza todos los objetivos sanitarios. Se logró que se dijera pero viste que hay que estar porque declararlo no es lo mismo que colocarlo (Entrevista 8).

Al analizar los contenidos del documento de OSN se encuentra la siguiente frase que puede asociarse con esta afirmación de la persona entrevistada: “Se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.”

En general quienes se refirieron a la transversalización de género en salud en las entrevistas coincidieron en que es el gran tema pendiente que deja el Frente Amplio en cuanto a políticas de género en salud:

Tiene que formar parte del abordaje integral de la salud la perspectiva de género, como un eje que no puede ser dissociado de otras miradas (Entrevista 7).

Y ese concepto de alguna manera tiene que ver con la política de género en el sentido de decir bueno, en realidad hay que alinear a todas las políticas, el tema de género en todas las políticas y todas las políticas alineadas para que nadie tenga la menor duda que todo tiene que ver con todo (Entrevista 6).

...[el gran pendiente es] este que hablamos, el haber tenido una hoja de ruta más clara para permeabilizar todas las acciones del sistema y las instituciones con una perspectiva de género. Como que la perspectiva de género quedó circunscripta al área de derechos sexuales y reproductivos y no permeó hacia el resto de las políticas de gestión, de acción en diferentes niveles de ciclo de vida que ahí fue la deuda por lo menos del gobierno nuestro (Entrevista 4).

Por lo tanto podemos afirmar que en los gobiernos frenteamplistas se avanzó en políticas hacia las mujeres incorporando recién en el último período, aunque de forma más retórica que práctica, el concepto de políticas transversales de género en salud. Una referente de género de los gobiernos frenteamplistas afirma sobre esto:

Mira, el sistema lo ha incorporado [al enfoque de género] en algunas cosas concretas. Por ejemplo el acompañante que la mujer elija en la cesárea, tener anticonceptivos, hacer los exámenes obligatorios. Todo esto salió de este período, de los períodos en que yo estuve. La mamografía obligatoria, el papanicolau... pero no pueden concebirlo general ¿entendés? lo conciben ubicado, en tal cosa, esto lo hacemos “esto es equidad de género te dicen” (Entrevista 8).

Hay muchos avances, en equidad de las mujeres, pero no sé si es equidad de género, no sabría decirte. Si me pongo a hilar más fino no sabría decirte si es equidad de género (Entrevista 8).

Las personas entrevistadas coinciden en afirmar que los tres períodos de gobierno frenteamplistas tuvieron logros para el avance en la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud. El primer gobierno del Frente Amplio es el que incorpora este aspecto a la política pública en salud creando la Comisión de la Mujer y Género, apostando a superar el modelo materno-infantil previamente existente y con la aprobación de la Ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva como el gran hito en este período. En el segundo período de gobierno existió una gran profundización de las políticas en salud sexual y reproductiva y la inclusión de la perspectiva de género en estas, con el gran hito de la aprobación de la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el 2012. En el tercer gobierno frenteamplista la aparición del concepto de transversalización de género por vía de los Objetivos Sanitarios Nacionales fue un avance conceptual importante con el descenso del embarazo adolescente colocado como el hito de este período.

Al analizar las palabras vinculadas a la categoría “transversalización de género en salud”, vemos que la palabra equidad aparece 38 veces en los documentos, la palabra igualdad 14 veces pero no aparece ninguna vez la expresión transversalización de género.

Tabla 5: Frecuencia absoluta de palabras de la categoría transversalización de género en salud según grupo de documentos.

	Decretos	Guías	Leyes	OSN y metas	Totales
Equidad	0	1	2	35	38
Igualdad	0	2	1	11	14
Transversalización de género	0	0	0	0	0
Totales	0	3	3	46	52

Fuente: elaboración propia.

El hecho de que la equidad y la igualdad sean preocupaciones que aparecen en los documentos marco del SNIS es un terreno favorable para el avance en la incorporación de la perspectiva de género en la salud. Al compartir el marco de derechos podríamos afirmar que para avanzar en el camino hacia la equidad y la igualdad es necesario incorporar la perspectiva de género en las políticas de salud ya que el sistema será equitativo si hombres, mujeres y

disidencias sexuales tienen acceso igualitario a los recursos públicos y privados de salud de acuerdo a sus necesidades y no según su género.

A continuación se pasa a analizar las fortalezas, las debilidades y los obstáculos para la incorporación de la perspectiva de género en salud que existieron durante los gobiernos frenteamplistas y que se encuentran en los datos obtenidos.

4.3.2.1. Voluntad política

Como fue desarrollado en el capítulo teórico-conceptual, la voluntad política explícita es un aspecto fundamental para el avance de la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas. En este aspecto los gobiernos del Frente Amplio oscilaron entre impulsos y frenos a lo largo de los 15 años.

Durante el período 2005-2010 el impulso que dieron las militantes feministas para la incorporación de la perspectiva de género en salud, que se consolida en la aprobación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, se encuentra con el gran freno que significó el veto del Presidente Tabaré Vázquez al artículo de dicha Ley que incluía la interrupción voluntaria del embarazo. Varias de las personas entrevistadas afirman que este veto en el 2008 generó que se detenga el avance en las políticas de género al punto que en ese período ni siquiera se reglamentó esta Ley luego de su aprobación.

Un tema que marcó el período de gobierno, porque se había trabajado mucho en salud sexual y reproductiva y justamente este, la interrupción del embarazo, voluntaria del embarazo nos aparecía un tema que nos paró (Entrevista 2).

Las dificultades en la falta de sensibilidad de género en los Presidentes en los tres períodos fue un aspecto que marcó la política pública en esta materia. Muchos de los obstáculos que enfrentaban quienes llevaban adelante la gestión en salud del Frente Amplio se sortean buscando caminos que evitaran que los temas llegaran al Presidente de la República por miedo de que esto tuviera un impacto negativo en el avance de estas políticas.

De los 3 períodos con los 2 presidentes aún no sacas, entre los dos, no sacas uno. La fuimos llevando lo mejor que se pudo y en el tema de violencia de género yo creo que al final Tabaré va, es que entró a darse cuenta de que hablábamos cuando hablábamos de violencia de género. Te diría ya después entrado el Sistema Nacional de Cuidados, que eso ayudó mucho a que percibiera primero la necesidad de que las mujeres que sufrían violencia estuvieran en otro lugar, la atención de los niños... pero como que lo fue viendo, no pasaba por su cabecita solita antes (Entrevista 3).

En el segundo período de gobierno existe una voluntad política expresa de retomar las políticas de salud sexual y reproductiva:

Básicamente eso, la revolución de los derechos sexuales y reproductivos fue la prioridad. De hecho cuando Olesker me convoca lo hace para que trabajara en todos los aspectos programáticos pero con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, así lo hizo explícito cuando me puso (Entrevista 4).

Varias de las personas entrevistadas coinciden en que el regreso a la Presidencia del Dr. Tabaré Vázquez volvió a sacar la mano del acelerador en estos aspectos:

Creo que el gobierno que siguió después que nosotros tenía que haber tomado esto con mucha más fuerza y no lo hizo porque básicamente hizo la plancha en toda esta agenda porque formaba parte de un gobierno dirigido por una persona muy conservadora que es Tabaré Vázquez entonces era como algo que se hablaba pero no. Esto no se va a hacer marcha atrás pero tampoco marcha adelante. Entonces creo que el Frente Amplio jugó un rol de impulso en el gobierno de Mujica y concreción y de freno en el gobierno de Tabaré Vázquez, en el tercer gobierno... (Entrevista 4).

Podemos comprender que las oscilaciones en la voluntad política fueron una de las dificultades que tuvieron que sortear quienes pretendían profundizar las políticas de género en salud durante los gobiernos frenteamplistas.

4.3.2.2. Aspectos presupuestales

Con la llegada del Frente Amplio al gobierno y la creación del SNIS se reorganiza la inversión en salud en el cambio de modelo de financiamiento. Al incorporar las metas asistenciales que incorporan un estímulo económico vinculado a ciertos objetivos y acciones definidas por el MSP se incluye un componente vinculado a la salud de la mujer en estas metas:

Creo que hubo un segundo logro que fue poner los recursos para esa política. Y yo creo que ahí, en eso de que hubiera recursos para todo el tema de control del embarazo, que hubiera más recursos humanos, como se pusieron, porque lo que creció en recursos humanos en el equipo en primer nivel con prioridad en el tema... El hecho de que se haya puesto una meta de salud de la mujer hizo que cambiara totalmente el hecho de que yo voy al ginecólogo que me atiende para el embarazo a tener un programa de salud de la mujer en cada una de las mutualistas. Lo tuvieron que hacer porque el programa de metas lo exigía (Entrevista 2).

Sin embargo, a pesar de este aspecto que se incorpora en el primer gobierno frenteamplista, las personas entrevistadas cuando se refieren a los aspectos presupuestales lo describen como un obstáculo que se enfrentaron para lograr avances. Más allá de esta reorganización de los recursos no se destinaron recursos económicos importante para estas políticas y muchos de los avances se logran gestionado con los recursos preexistentes. También se describen en las entrevistas como aspectos centrales de estos avances como es la anticoncepción dependían de financiamiento internacional y no de un rubro presupuestal nacional:

Yo te podría decir, las políticas de salud sexual y reproductiva están muy débiles porque cuando yo ingrese no estaba incluida en el presupuesto nacional, se sustentaba sobre todo con recursos que venían del UNFPA. (...) el MEF nos dijo clarísimamente la canasta de acceso a la salud sexual y reproductiva que tiene el Uruguay hoy, económicamente no se puede mantener solo con el presupuesto nacional. Casi me viene un ataque, que estamos hablando del 2015 y eso no estuviera atado con una asignación presupuestal que fuera muy difícil de ir para atrás (Entrevista 7).

No existieron por lo tanto partidas presupuestales específicas para la agenda de género y una fuente importante de recursos financieros fue la cooperación internacional lo cual es un enfoque con grandes limitaciones. Una política de igualdad de género efectiva requiere la asignación de recursos financieros públicos (OPS, 2019). A pesar de esto en el último período de gobierno frenteamplista se avanzó en el etiquetado de género en el presupuesto incluyendo un apartado específico para las políticas de género (CNG, 2018).

4.3.2.3. Generación de capacidades

Este es un aspecto que aparece como central en las personas entrevistadas, la dificultad en la formación de los recursos humanos y las acciones para incidir en este aspecto fue una preocupación en los gobiernos frenteamplistas cuando hablamos de género.

No cabe ninguna duda que la herramienta principal de transformación... es el cambio en la formación de los profesionales, a los equipos de salud a nivel de todo el país fueron fundamentales... (Entrevista 2).

Durante el tercer período de gobierno del Frente Amplio se incorporó un componente de pago variable por capacitación a quienes trabajaban en el SNIS. De esta forma se estimulaba con incentivos económicos la capacitación a través de espacios de formación virtual diseñados desde el MSP. Dentro de los aspectos incorporados en esta formación se incluye la perspectiva de género:

...hablamos de género y generaciones como siempre decimos ¿no?... y hay generaciones que de alguna forma no se... no se formaron con esos conceptos [de género]. En todo caso quizás apareció como un apéndice al final de su formación pero no, pero después vamos a la realidad y cada uno en sus cosas y.. bueno, de esos temas justamente son la capacitación, estas formaciones trataron de meterse, hablaban de la condición humana y de la condición de derechos , digamos la amplitud de derechos (Entrevista 6).

Es posible ver como durante el último período de gobierno frenteamplista se comenzó la institucionalización de la formación continua en temas de derechos humanos y entre ellos la perspectiva de género.

4.3.2.4. *Guía para la transversalización de género*

No se describe ningún componente de la política pública que oriente la incorporación de aspectos de género en la atención a la salud. Las metas prestacionales aparecen como el único elemento que avanza en este sentido:

Se adaptaron algunos mecanismos [para incorporar el género] que ya existían en las instituciones porque se les obligaba y porque dentro de las metas asistenciales se colocaba la necesidad de incorporar, dentro de las metas asistenciales, políticas de género. Eso hizo que se hicieran algunos cambios y otros maquillajes (Entrevista 6).

Esto puede explicar por qué la palabra género aparece con mayor frecuencia en los Objetivos Sanitarios Nacionales y en los instructivos de las metas prestacionales que en los otros grupos de documentos:

Tabla 6: Frecuencia absoluta de la palabra género según grupo de documentos.

	Decretos	Guías	Leyes	OSN y metas	Totales
Género	0	15	3	58	76

Fuente: elaboración propia.

Este es un aspecto importante en temas pendientes de la agenda progresista en género ya que no se generaron documentos operativos para orientar a la programación con perspectiva de género.

4.3.2.5. *Participación de la sociedad civil.*

El SNIS en su cambio de modelo de gestión incorpora la representación de usuarios y usuarias en la conducción del sistema. Esto se hace a partir de la creación de comisiones de personas usuarias del sistema que eligen representantes. Este modelo de participación no toma en cuenta a las organizaciones preexistentes como pueden ser las organizaciones feministas:

En el primer periodo, en el periodo en el que yo no fui Ministro, nuestro vínculo con la sociedad digamos estuvo muy vinculado a tres grandes grupos digamos: los trabajadores del sistema, las instituciones y los

nacientes movimientos de usuarios de salud, donde no había una diferencial importante entre varones y mujeres digamos ¿no?. A pesar de que cuando ibas más a las comisiones de usuarios hospitalarias si eran más mujeres digamos pero en las organizaciones generales no (Entrevista 5).

La reforma de salud surge del debate de los actores que clásicamente han participado en estos procesos: técnicos, expertos, corporaciones y gremios directamente implicados. Destinatarios directos como organizaciones sociales y entre ellas organizaciones feministas no participaron del proceso institucional de construcción de la reforma a pesar de que la determinación social de la salud, la salud como derecho ciudadano y las necesidades y demandas en la atención sanitaria ha sido materia de estudio y de intervención social y política de estas organizaciones (López, 2006).

A pesar de esto la presencia del movimiento feminista en la construcción de la agenda de género en salud fue relevante. En los discursos de ex jerarcas se puede identificar la importancia que se le asigna a la presión del movimiento feminista para el avance en ciertas políticas vinculadas a la agenda de género:

Pero yo te diría que la idea principal que me tocó transmitir como actor político público, de política pública, como responsable de política pública, que la construcción de un programa de salud de la mujer tiene como origen el movimiento de mujeres y no al revés. O sea, si no hay movimiento de mujeres la deconstrucción del discurso hegemónico sanitario y la perspectiva una perspectiva diferente para ver el tema de salud de la mujer no se produce (Entrevista 2).

Se destaca en este punto que el Frente Amplio al asumir el primer gobierno elige a una referente del movimiento feminista para conducir el Programa de la Salud de la Mujer y Género dando una señal política positiva para las organizaciones feministas:

En 2005 ya pone el instituido de trabajar con esa perspectiva [de género]. Y si además, a la persona que designas para dirigir ese programa, una designación de tipo político, es una de las personas más respetadas del movimiento de mujeres en lo que tiene que ver con salud de la mujer y

género, porque es una de las fundadoras de MYSU, estás tomando una decisión muy fuerte de decir yo incorporo a la política pública a la gente que viene desde afuera, del otro lado del mostrador, golpeando para decir “queremos salud de las mujeres” (Entrevista 2).

La referente en género en el MSP durante los gobiernos del Frente Amplio afirma que esta participación se debe a una decisión que no fue personal sino que surge del movimiento feminista:

Yo no pensaba trabajar para el gobierno. Cuando estaba más cerca de la posibilidad de que el Frente Amplio estuviera en el gobierno tuvimos una reunión de feministas y algunas de nosotras dijimos que sí, si ganaba en Frente Amplio nosotras trabajábamos. (Entrevista 8)

El campo de la salud sexual y reproductiva es una agenda con amplio desarrollo y fundamento, elaborada, defendida y visibilizada desde las organizaciones de mujeres y feministas (López, 2006). Los derechos sexuales y reproductivos fueron en el período estudiado un eje central en su agenda (CNS, 2005). Esto puede explicar porque en el tema de salud sexual y reproductiva el lobby del movimiento feminista tuvo fuerza aunque no por eso estuvo libre de tensiones. En el 2005, durante el primer período de gobierno del Frente Amplio, se reactiva la Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito institucional del MSP creada en la Cumbre de Ministros de Salud en el 2004 con funciones de asesoría y programáticas, que estaba integrada por instituciones gubernamentales, académicas, sociedades científicas y organizaciones sociales que trabajan sobre derechos sexuales y reproductivos. Este espacio aparece en las entrevistas como principal referencia a la hora de hablar sobre el vínculo con las organizaciones feministas o que trabajan agenda de género. Según informa el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU el funcionamiento de esta comisión fue altamente dependiente de la voluntad política del momento, sesionó de forma irregular, con períodos en los que no fue convocada (MYSU, 2014).

Una de las referentes de género del Ministerio que trabajó en esta Comisión considera que este fue un espacio que marcó la agenda de la política pública en este tema:

Esa comisión en el primer año que la citamos, que la cité con la Ministra, hicimos el documento de todo lo que había que hacer en salud sexual y reproductiva. Terminaba con la reproducción asistida que lo logramos en el 2014 (Entrevista 8).

Aparecen también referencias aisladas a vínculos con organizaciones sociales específicas para trabajar temas puntuales como fue la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo con MYSU y las políticas para la diversidad sexual con Ovejas Negras.

Hay coincidencia en las personas entrevistadas en describir las demandas del movimiento feminista como una presión constante que tuvieron durante el ejercicio de gobierno:

Entonces el gobierno, la idea de que gobierne la política nos lleva inexorablemente a que si yo discuto con el movimiento de mujeres y tengo que medir y pesar todo lo que tengo en la vuelta y necesariamente hay que decir en algunas cosas “ mira, por ahora no podemos”, “por ahora no lo vemos”, “por ahora no me parece bien”. No te podría decir ahora cuantas cosas de estas había y eran pocas porque tampoco yo soy ningún guapo y estas son muy luchadoras pero algunas no se podían hacer o se hacían cómo se podían o tenían muchas cosas (Entrevista 2).

En todo lo que puede ser por ejemplo la implementación de la ley de IVE y todas esas cosas, mucho fue sostenido por las organizaciones sociales, por la presión y exigencia que podían tener sobre el sistema de salud. Cuando uno veía resultados del observatorio de MYSU o de cantidad de cosas en cuanto dificultades en el acceso a la ley de IVE siempre traté de fortalecer ese vínculo como algo más que vinculante. Y creo que hubo mucha presión de los movimientos sociales y feministas en eso y sin esa presión todo hubiese sido más débil. Me parece que fueron actores sociales importantísimos (Entrevista 7).

El conflicto fuerte que enfrentó a las organizaciones feministas con el gobierno frenteamplista fue la temática del aborto en dos períodos. En el primer período cuando se aprueba la Ley de Salud Sexual y Reproductiva se debate en torno al artículo que incluía la

interrupción voluntaria del embarazo en donde desde el Ministerio se buscaron alternativas de redacción que no llevaran al veto del Presidente, pero desde el Parlamento se defendió la redacción que se había acordado con las organizaciones sociales:

Pero bueno, se dio así, ninguna de las niñas, como yo les decía, ni Mónica [Xavier] ni Margarita [Percovich], que yo les dije “si dejan el artículo y ponen todo lo que quiere no lo veta”, dijo “no podemos porque el compromiso con las organizaciones de mujeres es otro”. “Sobre mi cuerpo opto yo”, lo cual es real pero de todas maneras se sabía que así lo iba a vetar porque ya lo había dicho antes de que lo votáramos de Presidente y así fue que ocurrió el veto (Entrevista 3).

El segundo momento de tensión se da en el período 2010-2015 cuando se busca reglamentar la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo:

La cara fea del asunto fueron las discrepancias que hubieron con algunos sectores del movimiento feminista, en particular con MYSU, en el cual ellas creían que había que reglamentar toda la ley IVE en base a clínicas privadas, que se permitieran el acceso de clínicas privadas internacionales para que montaran servicios privados. Y a nosotros nos parecía que no, que eso iba a hacer no avanzar a todo el sistema y que lo que teníamos que hacer era hacer avanzar a todo el sistema y no tener servicios solo de aborto con el modelo de Ciudad de México por ejemplo (Entrevista 4).

Al resumir el vínculo con las organizaciones sociales feministas quienes fueron jefarcas afirman en general que este fue bueno:

Fue intenso, seguramente si les preguntas a ellas respondimos a muchas menos cosas de las expectativas que tenían y tienen razón. Pero bueno, fue fluido , fue intenso, fue conflictivo como debe ser, porque además yo defiendo que sea conflictivo (Entrevista 2).

Una de las personas entrevistadas describe este vínculo entre sociedad y Estado para el avance de la agenda de derechos como la articulación que permitió el avance en materia de salud sexual y reproductiva con la fuerza con la que se dio durante los gobiernos del Frente Amplio:

Yo siempre menciono que el trípode que permitió el avance en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay está conformado por tres patas: el movimiento social de mujeres y feminista, (...) el sector político que logró este movimiento traer hacia sus filas fundamentalmente del Frente Amplio, (...) la tercera pata es una pata bastante inédita en América Latina y que es un diferencial es que en el Uruguay una parte de los equipos de salud se incorporó de lleno como agentes de transformación social en materia de derechos sexuales y reproductiva y eso permitió cambiar la correlación de fuerzas porque en el resto de los países de América Latina en general el movimiento social de mujeres y feminista no ha tenido un buen vínculo con los movimientos institucionales de los profesionales y en ese sentido no se han aunado las fuerzas (Entrevista 4).

Desde organizaciones sociales feministas hay miradas coincidentes en que este encuentro articulador entre la sociedad civil organizada, sectores políticos mayoritarios y el involucramiento del sector médico fue un campo fértil para el crecimiento de la agenda en derechos sexuales y reproductivos (CNS, 2005).

Se puede inducir de las entrevistas que el vínculo con la sociedad civil organizada se dio a lo largo de los tres períodos de gobierno. En la temática de salud sexual y reproductiva este vínculo se institucionalizó en el formato de una Comisión Nacional permitiendo mayores avances en esta área y realizar un mapa de ruta para el avance en derechos. Por fuera de esta temática los vínculos no se dieron de forma institucionalizada ni constante en el tiempo, sino vinculado a asuntos puntuales de la agenda política. Dentro de los derechos sexuales y reproductivos la IVE fue un punto de conflicto importante entre sociedad civil y gobierno.

4.3.2.6. Aspectos institucionales para la transversalización de género

Durante el primer gobierno frenteamplista la prioridad de la agenda a nivel de políticas de salud era la creación del SNIS. Algunas de las personas entrevistadas fueron las principales responsables en la redacción de la Ley 18.211 de creación del SNIS. En su discurso, estas personas refieren que la incorporación de la perspectiva de género en la estructura de la reforma de la salud no era una preocupación relevante.

En el periodo 2005-2010 nosotros tuvimos, estábamos dominados por armar la arquitectura jurídica, institucional y política de la reforma del SNIS. Los avances de la concreción ya más detallada de instrumentos institucionales como le llamaste muy bien tu de conformar una política de género fueron más débiles porque estaban primando más otras cosas (Entrevista 2).

Después tuvimos un obstáculo, yo diría en el periodo 2005-2010, sin duda, fue el de, el de estar haciendo una reforma de carácter general que hizo que el programa de la mujer tuviera mucho peso y formara parte del proceso de la reforma pero no hubiera una cuestión de transformación mayor de los servicios (Entrevista 2).

Si bien la incorporación de la perspectiva de género en la creación de la estructura de la reforma no aparecía como preocupación entre quienes lideraron la creación del SNIS, si aparece como preocupación en la referente del tema género del MSP en esa época que afirma que realizó esfuerzos para que se incorporara este aspecto a través de la escribiente de la reforma que era conocida como feminista:

Bueno en ese equipo estaba Isabel Villar trabajaba con Olesker que era la abogada del Ministerio para todas esas cosas. Empezaron a trabajar sin parar, sin parar, sin parar, no dormían, no respiraban. Fue muchísimo el trabajo que hicieron y yo el género lo podía poner también en cuentagotas. Hablaba mucho con Isabel pero Isabel era la escribiente la que ponía los reglamentos, las cosas, las cosas. Salió la reforma, salió la reforma sin género, no había nada específico para lo de género (Entrevista 8).

Al analizar las leyes que dan el marco legislativo al SNIS podemos ver esto reflejado. La Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud no contiene palabras vinculadas a la categoría género. La Ley que sí incluye estas palabras es la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. La Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo incluye la palabra mujer que inferimos que se refiere al hecho biológico de la gestación que se asocia habitualmente con el ser mujer y no contempla la situación, por ejemplo, de embarazo en varones trans.

Tabla 7: Frecuencia absoluta en palabras de la categoría de género en leyes seleccionadas.

	Ley 19.529	Ley 18.987	Ley 18.426	Ley 18.335	Ley 18.131	Ley 18.211	Totales
Género	1	0	2	0	0	0	3
Hombre	0	0	4	0	0	0	4
Mujer	0	20	6	0	0	0	26
Transexual	0	0	0	0	0	0	0
Totales	1	20	12	0	0	0	33

Fuente: elaboración propia

La palabra género no aparece en ninguno de los Decretos seleccionados en este trabajo.

Previamente al inicio de la reforma se advertía desde la sociedad civil que en diversos procesos que se habían desarrollado en América Latina los 20 años previos, las reformas del sistema de salud y la agenda de género fueron dos agendas, con lenguajes distintos, con orígenes diferentes y sustentado por diferentes actores. Ha sido difícil tender puentes sólidos que permitan diálogos consistentes entre ambas vertientes (López, 2006). Uruguay vivió también estas tensiones en el proceso de construcción de la reforma del sistema de salud. Se advertía también desde estos ámbitos la necesidad de incluir en el diseño de la reforma de salud un enfoque de género que trascienda exclusivamente las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva (López, 2006).

Sin embargo, los referentes entrevistados reconocen que, para que se pueda profundizar en la incorporación de la perspectiva de género, deberían existir mecanismos institucionales para esto:

Pero bueno, y dispositivos, porque después tiene que tener dispositivos, porque también los aspecto ehh.. todo termina al final, para que la política se produzca tiene que haber el dispositivo, es decir cómo lo hago (Entrevista 2).

Creo que nos falta universalizar el enfoque de política de género a todo el sistema que en realidad es de impulsos más aislados o de planteo en una meta que las metas cambian con el tiempo. Pones una meta y después para mantener el cambio de conducta o el cambio de gestión que pretendes hacer con esa meta como que tendrías que seguir viendo el impacto en forma permanente porque si la dejas rápidamente retrocede (Entrevista 3).

En el sistema de salud, por más que hubo muchos avances, creo que ahí el obstáculo más grande fue que en el diseño como tal no fue concebido [el género] como un eje de prioridad absoluta, fue una cosa que vino impuesta por el movimiento social feminista (Entrevista 7).

Una de las personas entrevistadas destaca que en el modelo de financiamiento hubo un impacto generizado debido a la incorporación de sexo como variable diferencial para el pago de las cápitas a los prestadores de salud:

Pero entonces quedó claro que era por edad y sexo y ahí claramente hay una perspectiva de género ¿no?. Porque por ejemplo en Israel era solo por edad y habían evaluado que eso había sido un factor negativo para la atención de las mujeres y en el 2000, después que nosotros, en el 2011, el seguro de salud israelí es del 96, recién en el 2011 cambiaron la metodología y pasaron de edad a edad y sexo. O sea que eso claramente tiene una perspectiva de género (Entrevista 5).

Los costos vinculados a la función reproductiva y a la mayor expectativa de vida encarecen habitualmente la prima de salud de las mujeres por lo que aparece como un factor relevante de la reforma de salud el hecho de que traslade a la población el mayor costo asociado

por la edad, el género y la reproducción de la sociedad (Rodríguez y Perazzo, 2006). Esto se logra ya que todas las personas aportan según sus ingresos pero los prestadores de salud reciben cuotas diferenciadas según edad y sexo de las personas afiliadas a la institución. A esto se suma la prohibición por Ley de rechazar a un potencial usuario amparado por el SNIS lo que garantiza el acceso de las mujeres en edad reproductiva y las adultas mayores (Rodríguez y Perazzo, 2009). Es importante evaluar el impacto negativo que tiene que se mantenga el “pago de bolsillo” con los tickets moderadores en los prestadores privados de salud. Si bien se ha ido disminuyendo el precio y exonerado de pago prestaciones sensibles desde una perspectiva de género, este pago sigue existiendo. Si tenemos en cuenta los fenómenos de negociación dentro del hogar y la forma como se establecen las prioridades de los gastos en él, este pago puede tener un sesgo de género ya que las mujeres quedan habitualmente relegadas en esta negociación intrafamiliar de definición de prioridades de salud quedando como las “últimas de la lista”, no pudiendo garantizarse de esta manera la equidad en los tratamientos ambulatorios (Rodríguez y Pedrazzo, 2009).

4.3.2.6.1. El Consejo Nacional de Género

Durante el tercer período de gobierno se da un salto en calidad en la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas con el fortalecimiento del Consejo Nacional de Género (CNG) creado en 2007 por la Ley 18.104 en el marco del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos. Este es un espacio interinstitucional de definición de líneas estratégicas de las políticas públicas de género integrando al Estado, la academia y la sociedad civil. Se crea en la órbita del MIDES y es presidido por INMUJERES. A pesar de esto las personas entrevistadas refieren que aún era un ámbito institucional débil:

Cada una, desde el SIPIAV, el Consejo Nacional Consultivo de Género que yo integraba en mi rol de subsecretaria, que integrabas todos los consejos intersectoriales. El rol del subsecretario es el rol más débil que tiene la estructura del Ministerio. Era el rol asignado a todos los espacios de coordinación intersectorial y el Consejo Nacional de Género para mí fue un desafío muy importante y estaba convencidísima. Pero con una estructura muy débil abajo a nivel institucional (Entrevista 7).

En el informe de la reunión de instalación del Consejo Nacional de Género en abril del 2015 el MSP marca como prioridad para el quinquenio la violencia de género, la salud sexual

y reproductiva y aparecen como novedad otros indicadores vinculados a la salud integral de la mujer y la calidad de vida de las mujeres (CNG, 2015). En el Plan de Trabajo del quinquenio del CNG el MSP se compromete a trabajar en un eje de “Derecho a una vida saludable” que incluye las temáticas de salud sexual y reproductiva, salud mental, cuidados y autonomía, la salud bucal y la promoción y educación para la salud (CNG, 2016). A través de estos documentos es posible inferir un salto en calidad, a nivel discursivo al menos, en la mirada transversal de la perspectiva de género en la salud.

Esta misma entrevistada afirma que durante el tercer período de gobierno los esfuerzos institucionales para avanzar en la temática de género seguían siendo débiles y principalmente persona-dependiente:

...participábamos en el Consejo de Género, participábamos de acciones que cada uno de los programas tenían que implementar con esa mirada de género en ese trabajo pero yo creo que nos faltó, y siempre eran casi sin recursos, sostenidos por personas que sí sostenían ideológica y políticamente que eso tenía que ser transversalizados en todos los programas a implementar por parte de la política de salud (Entrevista 7).

La mirada de género estuvo muy impulsada por luchas de mujeres incansables, sobre todo de mujeres incansables en diferentes niveles del proceso de atención a la salud que estaban muy involucradas y del movimiento social y feminista que hicieron que esa mirada estuviera contemplada en las acciones desarrolladas en las acciones del SNIS más que por los propios que pensábamos y dirigíamos la reforma (Entrevista 7).

Una referente de género reafirma este concepto al mostrar cómo era un esfuerzo personal constante la incorporación de a perspectiva de género en los programas de salud:

Yo trabajaba mucho para que integraran género, integraran género, integraran género. Y con los otros programas también, con adultos mayores, con todo, nutrición, todo lo que había yo intentaba pero era imagínate, arar en el desierto o encontrar una gotita de agua en el desierto pero... (Entrevista 8).

Los avances en género vinieron de las militantes. Militantes a rabiar. El Consejo, esto que hizo Mariella [Mazzotti] en el último período, fue muy interesante, esto que había tres veces al año, se llamaban a los subsecretarios para que estuvieran en un consejo ampliado eso fue una idea brillante (Entrevista 8).

A través de las entrevistas se refleja como la ceguera de género en la reforma de la salud desarrollada por los gobiernos frenteamplistas repercutió en la posibilidad de consolidar mayores avances en la temática. En el tercer período aparece el Consejo Nacional de Género, liderado por el MIDES, como un hito importante para avanzar en este aspecto. Sin embargo, en todo el período analizado, los avances son adjudicados principalmente por las personas entrevistadas, al compromiso militante de algunas mujeres dentro de la política pública de salud

4.3.3. Fortalezas del SNIS para disminuir las desigualdades de género

Debido a que existen desigualdades de género en la distribución de las tareas de cuidado en la sociedad, las carencias de los sistemas de salud repercuten en general en aumentar la sobrecarga de cuidado sobre las mujeres ya que son quienes lo suplen en su rol de “curadoras”. Por lo tanto, ningún aspecto del SNIS y su funcionamiento puede considerarse neutro al género.

En cuanto a las fortalezas para disminuir las disparidades de género aparece en algunas de las entrevistas la reforma del modelo de financiamiento como una medida con un impacto en este sentido. Este punto fue analizado previamente.

Aparece como fortaleza del SNIS, para disminuir las barreras en el acceso, el desarrollo del Primer Nivel de Atención con policlínicas barriales donde las personas viven o trabajan. Se destaca que este nivel de atención tiene menos resistencias para la incorporación de la perspectiva de género que la atención hospitalaria:

Como la mayor parte de las políticas de género en realidad vos las ejecutas en el Primer Nivel de Atención, porque son políticas más de salud que de enfermedad, digámoslo así y entonces como es en el Primer Nivel de Atención no tenés esas resistencias (Entrevista 1).

Otra de las acciones valoradas positivamente para disminuir las desigualdades es el acceso universal a la salud dentro del SNIS:

Bueno, la primera, fundamental [fortaleza del sistema] es el acceso universal (...) O sea una cosa es el modelo que intenta desde lo micro generar espacios de mejorar la atención de las mujeres a un modelo donde en realidad el acceso de las mujeres a la atención de la salud es el acceso universal a las prestaciones, a todo, a los servicios, a las prestaciones, a los programas (Entrevista 2).

En el cambio de modelo de gestión en todos los discursos aparece la rectoría¹² del MSP como una gran fortaleza para el desarrollo de la perspectiva de género ya que disminuye las arbitrariedades o desigualdades en el acceso a la salud según prestadores de salud. Dentro del SNIS todos los prestadores, públicos y privados deben desarrollar los programas, cumplir las metas asistenciales y brindar las prestaciones incluidas en el PIAS y los lineamientos definidos por el MSP y la JUNASA.

Se hacen visibles de esta forma las barreras detectadas por las personas entrevistadas y las acciones y fortalezas del sistema para abordar estas barreras. El cambio de modelo de financiamiento, el cambio de modelo de atención y el acceso universal a la salud son evaluados en sí mismos como las principales fortalezas para garantizar el acceso igualitario a la salud. En este punto parece claro que, a pesar de la ceguera de género en el diseño de la reforma de salud, esta es un campo fértil para el desarrollo de la perspectiva de género. El cambio de modelo de atención, de gestión y de financiamiento aparecen como terrenos propicios para la incorporación de este enfoque y a su vez la transversalización de género en salud puede ser un factor que favorezca la profundización de la reforma. Esto es posible debido a un horizonte común de igualdad, equidad y justicia social compartido por ambas agendas.

En este capítulo se desarrollaron la conceptualizaciones de género y de salud que están presentes en el SNIS a través del análisis de los datos obtenidos de la triangulación de las entrevistas y el análisis de contenido del marco normativo del sistema. A su vez se desarrollaron las características encontradas en estos datos sobre el proceso de incorporación de la sensibilidad de género en la política pública de salud durante el período 2005-2020 y sus

¹² “la noción de rectoría que involucra una revisión de la función de regulación y requiere de mucha mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. (...) Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria” (Tobar, 2012)

fortalezas y debilidades para el avance hacia la transversalización de género en salud. En el próximo capítulo se desarrollarán las principales conclusiones que surgen del análisis.

Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones

Intentando dar un cierre a este trabajo se retomarán en este capítulo los resultados del análisis para proyectar algunas recomendaciones y líneas de futuras investigaciones. Estas conclusiones y recomendaciones surgen del análisis de los datos obtenidos de las entrevistas y del análisis de contenido del marco normativo del SNIS durante los gobiernos del Frente Amplio entre los años 2005 y 2020, en Uruguay, desde la perspectiva de género. Sin embargo no se pretende dar por cerrado los temas analizados, estos siempre quedan abiertos para nuevas reflexiones y análisis desde diferentes enfoques.

En el 2005 asume por primera vez el Frente Amplio al gobierno nacional y esto fue interpretado por el movimiento feminista en Uruguay como una oportunidad para el avance en la agenda de género en el país. Desde el MSP se apuesta a romper con el modelo materno-infantil en las políticas de salud, que se preocupa por la salud de las mujeres como vectores de la salud de la infancia. Para esto se crea, en esta primera administración frenteamplista, del Programa de Salud de la Mujer y Género. Este programa implica la apuesta a la incorporación de la perspectiva de género en la política de salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Este logro es fruto del trabajo de articulación política de militantes feministas frenteamplistas.

En cuanto a la conceptualización de género; si bien se introduce en la política de salud vemos que este término se interpreta en su forma más simplista, como sinónimo de mujer. A su vez el concepto de mujer se interpreta de forma reduccionista, como asociación a la pertenencia al sexo femenino. Esto dificulta que se incorporen en la concepción de género las construcciones sociales de las identidades de género, las relaciones desiguales de poder y la problematización de las masculinidades. En cuanto a la simbolización del dato biológico vemos que se interpreta la dicotomía hombre/mujer como una “verdad natural” no sometida a intermediaciones sociales.

Esta perspectiva no fue concebida desde una mirada interseccional, por lo que se piensa la salud de la mujer desde las necesidades de una mujer abstracta, de características supuestamente universales. Esto invisibiliza las particularidades de las mujeres “reales” atravesadas por múltiples opresiones como las mujeres pobres o las mujeres racializadas. Esto genera el riesgo que la política de salud reproduzca patrones de discriminación por motivos de género, clase y raza-etnia.

En referencia a los aspectos vinculados a la diversidad sexual, estos se incorporan a la política pública de salud aunque con mayor presencia en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual, con el riesgo de patologización de las sexualidades y las identidades disidentes que esto implica. Existe una fuerte heteronormatividad en la política de salud de los gobiernos frenteamplistas y rigidez en la coherencia sexo/género/deseo. Es por esto que es posible afirmar que el SNIS mantiene un fuerte rol en la sexualización del cuerpo y un efecto performativo en la construcción de las identidades de género. En este contexto, la elaboración de guías y programas específicos para la atención de personas trans puede interpretarse como una forma de resistencia por parte de los géneros ininteligibles y un intento de reapropiación de las tecnologías de género para la construcción de nuevas formas de subjetividades.

La política de salud, durante los gobiernos frenteamplistas, considera a la salud como un derecho humano y esto es un aspecto fundamental para avanzar en igualdad de género en salud. Existe, entre quienes fueron jefes, una fuerte preocupación por la igualdad sustantiva y no solamente la igualdad formal. En cuanto a las barreras en el acceso a la salud debido al género existe una escasa incorporación de la problematización de la división sexual del trabajo. Debido a que las mujeres presentan en general un mayor vínculo con el sistema sanitario por su rol de cuidadoras de niños, niñas, adultos mayores o personas enfermas esto puede llevar a que la atención en salud desarrolló un enfoque “explotativo” de las desigualdades de género que se apoyan en las mujeres como vector de cuidados en salud de otros aumentando aún más la sobrecarga de cuidados, escotomizando a las mujeres y naturalizando esta división sexual del trabajo. Desde el biopoder esta naturalización es un componente ideológico funcional a las estructuras dominantes y colabora a aunar la igualdad teórica con las desigualdades y discriminaciones por género existentes. Durante el tercer gobierno frenteamplista hay una importante problematización del embarazo adolescente y la búsqueda activa de políticas para prevenir el embarazo no intencional en adolescentes. Existe una tendencia a comprender la atención en salud como ajena a las tensiones sociales, por fuera de las desigualdades de la sociedad. Esto impide el desarrollo de un enfoque transformador que capitalice el potencial del sistema de salud para transmitir mensajes que apuesten a un cambio de las relaciones desiguales de poder.

El SNIS tiene una orientación hacia la salud integral apostando a un enfoque bio-psico-social. A pesar de esto sigue persistiendo un fuerte sesgo biologicista que lleva a que se traduzca la incorporación de la temática de género como la atención en salud a las personas del sexo

femenino, una medicina en función del sexo biológico. En las políticas de salud del Frente Amplio esto se tradujo en asociar salud y género con la salud sexual y reproductiva lo que dificulta la promoción de la integralidad en la atención de la salud de las mujeres reduciendo sus necesidades en salud a los aspectos reproductivos.

El sistema de salud es parte de complejos procesos sociales que afectan el cómo se brinda la atención en salud y a su vez esto impacta en la sociedad misma. Por lo tanto la política de salud es parte de las contradicciones sociales y por lo tanto un campo de lucha. A pesar de esto predomina en el SNIS el modelo médico hegemónico con sus características de biologicismo, ahistoricidad y asocialidad brindando legitimidad a la reproducción de las estructuras sociales vigentes.

Existen dificultades para incorporar al desarrollo de la política pública de salud al género como determinante social de la salud. Predomina una mirada androcéntrica que diseña la atención en salud para un “paciente” universal con características masculinas. Los aspectos sociales quedan por fuera de “la verdad” de la medicina construida desde la mirada positivista de la enfermedad, que la entiende como una mera desviación de la norma biológica. En este contexto es destacable que en el tercer período de gobierno tomen mayor fuerza los determinantes sociales de la salud en la política pública y se incorpora el género como determinante de la salud en los OSN.

El SNIS fue la principal política pública en salud llevada adelante por los gobiernos frenteamplistas. Existe coincidencia entre quienes fueron jefes del MSP en que se incorporó la perspectiva de género en esta política. El cambio de modelo de financiamiento tuvo un impacto positivo en aspectos de igualdad de género ya que se incorporan como personas beneficiarias del sistema quienes sean cónyuges de personas con empleo formal y este grupo se estima que estuvo integrado en un 71% por mujeres. Sin embargo, la incorporación al FONASA se hace a través del vínculo directo o indirecto con el trabajo formal por lo que las inequidades de género presentes en el mercado laboral se trasladan al sistema de salud. Las mujeres presentan en promedio salarios más bajos por lo que el aporte porcentual al FONASA igual para todos los salarios puede considerarse de forma indirecta un componente de solidaridad entre géneros. La incorporación de personas jubiladas al fondo nacional de salud también tuvo un impacto generizado ya que hay mayoría de mujeres en este grupo poblacional.

El vínculo entre el ámbito académico, que tiene un fuerte desarrollo teórico sobre género, y el gobierno frenteamplista genera un clima propicio para incorporar la sensibilidad de género en la política de salud. Esta temática permea así en los gobiernos frenteamplistas pero no sin conflicto y fruto de la militancia insistente de activistas feministas dentro del gobierno. Esta sensibilidad no fue homogénea dentro del sistema, el principal prestador público de salud, ASSE, tuvo un mayor liderazgo en la sensibilidad de género con mayores dificultades para su incorporación en los prestadores privados de salud.

La incorporación de la sensibilidad de género en el SNIS se tradujo principalmente en el desarrollo de políticas de salud hacia las mujeres. En este aspecto se deben destacar las acciones para el abordaje de la violencia de género permitiendo que el sistema de salud deje de ser un mero espectador o solamente un reparador del daño que esta causa, para pasar a desarrollar métodos diagnósticos y preventivos en el tema. Esta medicalización de la violencia de género en un sistema de salud que no complejiza la conceptualización de género y que no problematiza las relaciones desiguales de poder, corre el riesgo de condenar la violencia de género sin condenar las condiciones que la generan. Los sesgos patologicistas y biologicistas en la atención a esta problemática evitan que el sistema de salud problematice su propio rol como productor de violencia de género.

Otra de las áreas temáticas que se enfocó como políticas hacia las mujeres fue la salud sexual y reproductiva. Se puede afirmar que el avance en la agenda de derechos sexuales y reproductivos fue uno de los grandes logros de los gobiernos frenteamplistas con una amplia gama de avances legislativos y programáticos. La incorporación de las prestaciones de salud sexual y reproductiva como obligatorias para todos los prestadores públicos y privados fue un avance fundamental hacia la igualdad en el acceso a estos derechos. Este fue un tema impulsado con gran fuerza desde el movimiento feminista, lo que permitió estas conquistas. La fuerte asociación de la perspectiva de género como sinónimo de salud sexual y reproductiva puede ser una limitante a la hora de apostar a la transversalización de género en salud. A pesar de esto los avances logrados en salud sexual y reproductiva constituyen un acumulado importante en política pública con perspectiva de género que permite una interesante base de partida. En cuanto a la salud sexual y reproductiva el mayor énfasis estuvo en los aspectos reproductivos más que en los sexuales. La fuerte asociación entre salud de la mujer y salud reproductiva que se desprende del análisis puede ser una readecuación del discurso médico maternalista que es instrumentalista. Es importante aclarar que la salud sexual y reproductiva como temática no

garantiza en sí mismo la perspectiva de género. Sin embargo del análisis podemos concluir que esta perspectiva permeó en las políticas de salud sexual y reproductiva y por lo tanto de un futuro análisis de este proceso pueden desprenderse importantes aprendizajes.

El SNIS puede considerarse una institucionalidad generizada ya que los cargos jerárquicos, la división por disciplinas y especialidades médicas y niveles de atención se encuentra organizado en función a lo que se asocia como masculino o femenino en la sociedad. Esto implica la existencia clara de techos de cristal y paredes de cristal para las mujeres trabajadoras de la salud. De este análisis es posible inferir que romper con este patrón generizado del SNIS colaboraría en potenciar el cambio de modelo de atención ya que este requiere jerarquizar disciplinas, niveles de atención y áreas temáticas asociadas fuertemente en la sociedad con lo femenino y por lo tanto desvalorizadas.

La transversalización de género en salud aparece como un concepto prioritario para la agenda de género en salud recién en el tercer período de gobierno. A esto se llegó en un recorrido de trabajo en esta agenda de género que implicó un primer gobierno frenteamplista en 2005-2010 que apuesta a romper el modelo materno-infantil y crea un programa que incorpora el concepto de género, con el gran hito en ese período de la aprobación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Luego, entre los años 2010-2015, en el segundo gobierno frenteamplista, se profundizó en la agenda de derechos sexuales y reproductivos que había sufrido un freno en los últimos años del período anterior. El gran hito en este período fue la aprobación de la interrupción voluntaria del embarazo. En el tercer período de gobierno, años 2015-2020, se incorpora el concepto de transversalidad de género en salud en los Objetivos Sanitarios Nacionales con el hito de la creación de la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes y la disminución del embarazo adolescente en esos años.

En relación a los requisitos mínimos para la transversalización de género la voluntad política explícita del gobierno del Frente Amplio no fue una constante durante los 15 años de ejercicio. Se enfrentaron momentos políticos de impulso y momentos de freno en esta voluntad. La falta de sensibilidad de género de los presidentes de la República fue una dificultad que se enfrentó en los tres períodos de gobierno. Cuando asume el gobierno frenteamplista en 2005 comienza un impulso de agenda en salud sexual y reproductiva que sufre el gran freno del veto del presidente Dr. Tabaré Vazquez al aborto. En el segundo período de gobierno se vive un impulso con la voluntad expresa del gobierno de retomar la agenda de derechos sexuales y

reproductivos, existiendo un nuevo freno cuando regresa Vazquez a la presidencia. Por esto los avances se realizaban en los intersticios o brechas que se abrían en el sistema político gracias a la persistencia de feministas en el gobierno que debieron sortear las voluntades políticas para hacerlo.

En cuanto a los aspectos presupuestales, a pesar de la experiencia de etiquetado de género en el presupuesto, no existió una asignación presupuestal específica para las políticas de género e importantes logros en la agenda de derechos sexuales y reproductivos tienen presupuesto dependiente del financiamiento proveniente de la cooperación internacional. Con respecto a la generación de capacidades en el SNIS, en el tercer período de gobierno se avanzó en institucionalizar la formación en temas de derechos incorporando el pago variable por capacitación a las remuneraciones de personas trabajadoras en el sistema. Esto fue un avance con respecto a las experiencias de formación y desarrollo profesional no sistematizados que se venían realizando previamente. Otro requisito a tener en cuenta para la transversalización de género es la guía para la transversalización. No existieron elementos que cumplieran este rol de guías con excepción de las metas prestacionales que permitieron algunos avances en la atención a la salud de las mujeres.

Un aspecto de gran importancia para la transversalización de género en salud es la participación de la sociedad civil. En el componente de participación el SNIS incorpora a los actores clásicos como gremiales de la salud y deja afuera al movimiento de mujeres y feminista. Este movimiento no participa activamente en la elaboración de la reforma de salud. Sin embargo estas organizaciones sociales feministas generaron una presión constante sobre la rectoría en salud a lo largo de los 15 años para el ingreso y la profundización de la agenda de género en la política de salud. La salud sexual y reproductiva fue el tema principal en la agenda del movimiento social feminista por lo que la presión al gobierno sobre esta temática puede explicar los grandes avances en esta materia. El mecanismo para la igualdad de género participativo existente fue la Comisión Nacional Asesora de Salud Sexual y Reproductiva, de carácter asesor y programático, que funcionó de forma irregular, altamente dependiente de la voluntad política del momento pero que logró marcar agenda en el tema. La interrupción voluntaria del embarazo fue el gran tema conflictivo entre los gobiernos frenteamplistas y la sociedad civil vinculada a la agenda de género. En el primer período de gobierno el veto del Presidente fue un punto álgido de conflicto y en el segundo período de gobierno el proceso de elaboración, aprobación e implementación de la Ley generó varios desencuentros entre

organizaciones feministas y gobierno. Este vínculo durante los 15 años estuvo presente aunque no por eso dejó de ser conflictivo. El trípode de articulación entre la sociedad civil, el Frente Amplio y los y las profesionales de la salud permitió un campo fértil para la conquista de logros en salud sexual y reproductiva.

En el proceso de creación de la reforma de salud no estuvo entre las preocupaciones la incorporación de la perspectiva de género. Sin embargo desde el movimiento feminista y desde feministas dentro del gobierno frenteamplista se intentó hacerse eco de la necesidad de que este aspecto fuera tenido en cuenta en el diseño de la reforma. Un aspecto en el cambio de modelo de financiamiento de la reforma que incorpora una sensibilidad de género es el pago por cápita a los prestadores de salud en función de la edad y el sexo de las personas afiliadas. Esto tiene un impacto generizado ya que el mayor costo en salud de las mujeres en edad reproductiva o por su mayor expectativa de vida genera un impacto redistributivo. Sin embargo se mantiene el pago de bolsillo para determinadas órdenes y medicamentos que deja a las mujeres en desventaja por su menor capacidad de negociación sobre los gastos dentro del hogar fruto de las desigualdades de poder según género. Durante el tercer período de gobierno el Consejo Nacional de Género tuvo un rol dinamizador para avanzar en la transversalización de género en salud. Este marco de trabajo permite que se incorporen una amplia gama de áreas de la salud integral de las personas como objetivo para la transversalización de género en salud al menos en un plano teórico.

Durante todos los años de gobierno del Frente Amplio fue permanente la insistencia de “mujeres incansables” que trabajaron de forma constante para el avance en la agenda de género en salud. Esto fue un factor determinante para compensar la ceguera de género en el diseño de la reforma.

Ningún aspecto del funcionamiento del SNIS puede considerarse neutro al género. El modelo de financiamiento tiene componentes importantes que colaboran con la igualdad de género. En el cambio de modelo de atención y de gestión, un fuerte Primer Nivel de Atención, el acceso universal y el rol de rectoría del MSP parecen ser aspectos fundamentales para permitir una profundización en la transversalización de género en el sistema de salud. Por esto, a pesar de las dificultades descritas en cuanto a la sensibilidad de género, el SNIS con sus componentes de cambio de modelo de financiamiento, gestión y de atención constituye un campo fértil para la transversalización de género en salud. Esto es posible gracias a un horizonte común entre ambas agendas de igualdad, equidad y justicia social.

Se desprenden de este trabajo las siguientes recomendaciones: 1) trabajar a la interna del SNIS la conceptualización de género para romper con miradas simplificadoras, que reproduzcan esencialismos y heteronormativas. 2) Priorizar la mirada interseccional en las políticas de salud con perspectiva de género para lograr un desarrollo de una política pública en salud que se adecúe a las necesidades de las mujeres “reales”. 3) Incorporar en la formación de grado, posgrado y desarrollo profesional continuo los estudios de género y su vinculación con la salud. 4) Incorporar la perspectiva de género desde el diseño mismo de las políticas de salud y no sólo como un aditivo o un programa específico en la etapa de implementación de la política. 5) Desarrollar estrategias para la incorporación de la perspectiva de género en todos los aspectos de la atención a la salud de las personas más allá de las temáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva. 6) Es necesario, en Uruguay, dar el paso para fortalecer el desarrollo de políticas con enfoque de género en salud y no sólo políticas hacia las mujeres. 7) Es imprescindible colocar a nivel programático como un tema central la necesidad de la transversalización de género en salud y el cumplimiento de los requisitos mínimos para esto. 8) El fortalecimiento de la rectoría en salud es un aspecto central para asegurar la efectiva incorporación de la perspectiva de género en salud en todo el SNIS. 9) Es de relevancia tomar conciencia de la relación de mutua influencia entre el cambio de modelo de atención y la agenda de género comprendiendo que la profundización del primero mejora las condiciones para avanzar en esta última.

Ante las posibles limitaciones que este trabajo pueda tener, por estar centrado en un enfoque exclusivo del SNIS, se plantea como futuras líneas de investigación analizar cómo fue la incorporación de la perspectiva de género en la política de salud durante los gobiernos frenteamplistas desde el punto de vista de referentes externos al propio sistema de salud. Esto permitirá complementar el conocimiento sobre los avances y los obstáculos para incorporar la perspectiva de género en salud.

Esta tesis puede ser un aporte para avanzar hacia la transversalización de género en salud en Uruguay. Sin embargo, un aspecto que requeriría un análisis en mayor profundidad es el proceso de incorporación de la perspectiva de género en salud específicamente en las políticas de salud sexual y reproductiva. Al valorar que es en esta área donde se logró en mayor medida avanzar en el enfoque de género, conocer los aprendizajes que pueden desprenderse de este proceso puede ser un aporte importante como base para la transversalización de género en toda la política de salud.

El análisis y las conclusiones que se desprenden de este trabajo pretenden ser, en diálogo con otras fuentes de análisis y conocimiento, un aporte para repensar el desarrollo de políticas públicas en salud con perspectiva de género en el futuro.

Referencias bibliográficas

Acker, Joan (1990). "HIERARCHIES, JOBS, BODIES: A Theory of Gendered Organizations", *Revista Gender y Society*, Vol 4, No 2; pp. 139-158. Disponible en: <http://www.csun.edu/~snk1966/J.%20Acker%20Hierarchies,%20Jobs,%20Bodies%20--%20A%20Theory%20of%20Gendered%20Organizations.pdf>

Abracinskas, Lilian (2014). Salud y derechos sexuales y reproductivos. Avances y desafíos, en *Derechos Humanos en el Uruguay, Informe 2013-2014*. Uruguay: SERPAJ, pp. 256-264.

Aguilar Villanueva, Luis (2008). "Marco para el análisis de las políticas públicas", *Administración & Ciudadanía*, Santiago de Compostela, Ecola Galega de Administración Pública (EGAP), vol. 3, No 2.

Aguilar Villanueva, Luis (1993). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Miguel Angel Porrúa.

Aguirre, Rosario et al (2014). "Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay", *Revista de Ciencias Sociales*, Quito, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, , No 50; pp. 43-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4823317>

Alcántara Moreno, Gustavo (2008). "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad", *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Caracas, Venezuela, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, vol. 9, No. 1; pp. 93-107. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/laplb/n33/0121-8530-laplb-33-81.pdf>

Arenas-Monreal, Luz, Piña-Pozas, Maricela y Gómez-Dantés, Héctor. (2015). "Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector", *Salud Pública de México*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 57, No 1; pp. 66-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100010

Arias, Maria (2000). “La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones”, *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, Universidad de Antioquia, vol. 18, No 1; pp. 13-26. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16851/14590>

Association for Women’s Rights in Development (2004). “Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica”, *Derechos de las mujeres y cambio económico*, No 9; pp-1-8.

Badinter, Elizabeth (1993). *XY, la identidad masculina*. Madrid: Alianza Editorial.

Batthyány, Karina et al (2014). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Desigualdades de género en Uruguay*. Montevideo: Trilce.

Benia, Wilson (2009). *Temas de Salud Pública*. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.

Butler, Judith (1999). *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.

BUTLER, Judith (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del ‘sexo’*. Buenos Aires, Paidós.

Consejo Nacional de Género (2017). *Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030*. Montevideo: MIDES. Disponible en: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/93961/1/estrategia-nacional-para-la-igualdad-de-genero_web.pdf

Consejo Nacional de Género (2015). Reunión de Instalación. Montevideo: CNG.

Consejo Nacional de Género (2016). Propuesta de Trabajo eje 3: “Derecho a una vida saludable”. Montevideo: CNG.

CNS Mujeres (2005). *Uruguay y políticas sobre salud sexual y reproductiva*. Montevideo: CNS. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Descargue-aqu%c3%ad-Informe-Salud-Sexual-y-Reproductiva.-Una-Mirada-de-lo-Hecho-Para-Las-Acciones-Del-Futuro..pdf>

- D'Alessandro, Mercedes (2016). *economía feminista*. Buenos Aires: Sudamericana.
- De Beauvoir, Simone (1969) *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- De Barbieri, Teresa (1993). “Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica”, *Revista Debates en Sociología*, Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento de Ciencias Sociales, No 18; pp. 2-19.
- Denzin, Norman y Lincoln, Yvonna (2012). *Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- De Souza, María (2005). “Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida”, *Revista Salud Colectiva*, La Plata, Vol 1, No 1; pp. 69-78. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/69-78/es/>
- Dinys, Luciano (2011). *Incorporación de la perspectiva de género en programas, proyectos y políticas de salud*. Washington: OPS.
- Echegoyemberry, María (2017). “Ciudadanía Ambiental: De la declaración formal a la implementación de los Derechos Humanos: Acceso a información ambiental, participación social y educación ambiental”, *Revista Debate Público*, No 13.
- Echegoyemberry, María (2021). El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario. Hacia la construcción de la justicia sanitaria, *Revista Debate Público*.
- ECOSOC (1997). “Gender Mainstreaming. Extract from the Report of the Economic and Social Council for 1997 (A/52/3, 18 September 1997) (Vienna: Division for Advancement of Women. UN Department of Economic and Social Affairs). Disponible en <http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm>.
- Escolar, Antonio (2008). *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*. España: ADSP-A

Esteban, Mari Luz (2006). “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”, *Revista SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, Vol 2, No 1; pp. 9-20. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2006.v2n1/9-20/es/#ref>

Estrada, John (2009). “La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable”, *Revista Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, vol 8, No 17; pp. 106-122.

Fabbri, Luciano (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas, en *Salud Feminista*. Buenos Aires: Tinta Limón, pp. 101-124.

Falquet, Jules. (2006). *De la cama a la calle: perspectivas teóricas lésbico-feministas*. Bogotá: Ediciones Antropos.

Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.

Federici, Silvia (2018). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Fernández Galeano, Miguel y Olesker, Daniel (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/construccion_sist_nac_integrado_salud_2005-2009-uruguay.pdf

Foucault, Michel (2005). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Fabula Tusquets Ediciones [1973].

Foucault, Michel (1981). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.

Gaba, Mariana Raquel (2010). Las organizaciones generizadas. La perspectiva de género en acción en el mundo de las organizaciones. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Gelpi, Gonzalo y Forrissi, Florencia (sistematización) (2015). *Salud y diversidad sexual. Guía para profesionales de salud*. Montevideo: UNFPA.

Gil, Piédrola (2016). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier.

Glezerman, Mark (2017). *Medicina de género*. Barcelona: Plataforma Editorial.

Gómez, Elsa (2002). “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, Estados Unidos, Organización Panamericana de la Salud, vol. 11; pp. 454-461.

Gómez, Elsa (2002). “Equidad, género y salud: retos para la acción”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, Estados Unidos, Organización Panamericana de la Salud, vol. 11; pp. 327-334.

Gómez, Elsa (2011). *Análisis de género: bases conceptuales y metodológicas*. Washington: OPS.

Hendel, Liliana (2017). *Violencias de género. Las mentiras del patriarcado*. Buenos Aires: Paidós.

Hernández Sampieri, Roberto (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.

Herrera, Teresa (2014). *¿Cambios en la Legislación? ¿Cambios en la vida cotidiana? La pragmática del discurso acerca de la Violencia Doméstica en Uruguay*, Asociación Interdisciplinaria aire.uy y Facultad de Comunicación Universidad ORT - Uruguay. Disponible en: <https://cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/debatefeminista/T%20Herrera%20-%20DebateFeminista2014.pdf>

Kabeer, Naila (1994). *Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. Nueva York: Verso.

Krieger, Nancy, *et al* (1993). “Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease and well being”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 6, S. 9; pp. 82–

122. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379718306664>

Krippendorff, K.(1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós Comunicación.

Lamas, Marta (1999). “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”, *Papeles de Población*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, vol. 5, No. 21; pp. 147-178. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11202105.pdf>

Lamas, Marta (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.

Lecovitz, Eduardo, Fernández Galeano, Miguel y Benia, Wilson (2016). *El Perfil del Sistema de Salud*. Montevideo: OPS.

López, Alejandra (2006). *Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el contexto de la reforma de salud en Uruguay*. Montevideo: MYSU. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2017/03/MYSU-LOPEZ-GOMEZ-Alejandra-2006-Los-DS-y-los-DR-en-el-contexto-de-la-reforma-de-salud.pdf>

López, Alejandra y López, Pablo (2016). *Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género*. Uruguay; OPP. Disponible en: http://200.40.96.180/images/G%C3%A9nero_con_foco_en_salud.pdf

López, Alejandra y Varela, Carmen (coord.) (2016) *Maternidad en adolescentes y desigualdad social en Uruguay. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas*. Montevideo: UNFPA, UDELAR.

López, Anais (2015). *Movimiento de mujeres, Estado, política y poder: lecturas feministas de la política pública de género en la Venezuela bolivariana*. Buenos Aires: CLACSO.

Magliano, María (2015). “Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos”, *Estudios Feministas*, Florianópolis, vol. 23, No. 3; pp. 691-712. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>

Mattio, Eduardo (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual, en Morán Faúndes, José et al (comp), *Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial, pp. 85-102.

Menendez, Eduardo (1994). “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”, *Alteridades*, Distrito Federal, México, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, vol. 4, No. 7; pp. 71-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>

Menéndez, Eduardo (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, No 1; pp. 185-207. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y escrituras. Introducción al enfoque relacional en la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Millett, Kate (2017). *Política sexual*. Madrid: Ediciones Cátedra [1970].

Mizrahi, Darío (2019). El fin de una era en Uruguay: que dejaron 15 años del Frente Amplio y los cambios que vienen. Infobae. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/america-latina/2019/11/30/el-fin-de-una-era-en-uruguay-que-dejaron-15-anos-del-frente-amplio-y-los-cambios-que-vienen/>

Moral Santaella, Cristina (2006). “Criterios de validez en la investigación cualitativa actual”, *Revista de Investigación Educativa*, vol. 24, No 1; pp. 147-164. Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/97351/93461>

MYSU (2014) *Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Informe 2010-2014*. Montevideo: MYSU.

Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Oficina de Planificación y Presupuesto (2018). “Sistemas de género, igualdad y su impacto en el desarrollo de Uruguay”, *Serie de Divulgación*, vol. IV. Montevideo: OPP. Disponible en: <https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline->

files/8_Escenarios%20prospectivos.Sistemas%20de%20g%C3%A9nero%2C%20igualdad%20y%20su%20impacto%20en%20el%20desarrollo.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia*. Ginebra: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMH_?sequence=1

Organización de Naciones Unidas (2000). *Guidelines on Gender Mainstreaming in Alternative Development. Independent Consultants report*.

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos*. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Política de igualdad de género*. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Por la salud de las personas trans*. México: OPS

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas*. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51809>

Osta, María Laura y Espiga, Silvana (2018). “Maternidad, Medicina e higienismo en los manuales médicos de Montevideo de la segunda mitad del siglo XIX”, *Revista de Historia Bilros*, vol 6, No 13; pp. 102-119. Disponible en: <https://www.aacademica.org/maria.laura.osta.vazquez/8.pdf>

Pagnamento, Licia *et al* (2016). Proceso salud-enfermedad-atención: una propuesta conceptual para su análisis. *IX Jornadas de Sociología de la UNLP*. 5, 6 y 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8183/ev.8183.pdf

Payne, Sarah (2014). “Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health”, *Journal of International and Comparative Social Policy*, Vol. 30, No. 1; pp. 28–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/21699763.2014.886609>

Paz, Andrea y Ramírez, Carlota (2019). Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable, en *Salud Feminista*. Buenos Aires: Tinta Limón, pp. 89-100.

Prosalus y Cruz Roja (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. Disponible en: [https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)

Ramos Padilla, Miguel. (2006). “La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 23, No 3; pp. 201-220. Recuperado en 30 de marzo de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&tlng=es.

Ravindran, T y Kelkar-Khambete, A (2008). “Gender mainstreaming in health: looking back, looking forward”, *Global Public Health*, vol. 3, S1; pp. 121-142.

Rodríguez, Ana Laura (2008). “Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención”, *Revista Temas y Debates*, No 16. Disponible en: https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/1546/Políticas_sensibles_al_género_TyD16-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez, Sandra y Perazzo, Ivonne (2009). *Reformas en el Uruguay: una mirada desde la perspectiva de género*. Montevideo, Uruguay: CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5028/1/S2009417_es.pdf

Rubino, Atilio (2018). “Disidencia de sexo-género e identidad política en Kleinstadtnovelle, de Ronald Schernikau”, *La Palabra*, No. 33; pp. 81–98. Disponible en: <https://doi.org/10.19053/01218530.n33.2018.8049>

Santos, Silvia (2008). *Algunos indicadores de género vinculados a la seguridad social*. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1643/1/algunos-indicadores-de-genero-vinculados-a-la-seguridad-social.-s.-santos.pdf>

Sautu, Ruth et al (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico , formulación de objetivos y elección de metodología*. Buenos Aires: CLACSO.

Schneider, Elizabeth (2000). “Mujeres maltratadas y la elaboración de leyes feministas: definición, identificación y desarrollo de estrategias”, en *Battered Women and Feminist Lawmaking*. New Haven y Londres: Yale University Press.

Scott, Joan (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México. 265-302p.

Sen, Gita, George, Asha y Östlin, Pirooska (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. OPS.

Sen, Gita, Östlin, Pirooska (2007). *Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality in Health: Why it exist and how we can change it*. Disponible en: http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf

Sen, Gita, Östlin, Pirooska (2008). “Gender inequity in health: why it exists and how we change it”, *Global Public Health*, vol. 3, S 1; pp. 1-12.

Shiva, Vandana (1993). Reduccionismo y regeneración: crisis en la ciencia, en *Ecofeminismo*. Barcelona: Icaria, pp. 39-57.

Starfield, Barbara (2009). *Comprehensiveness of care: concept and importance*. Wellington: RNZCGP Annual Quality Symposium.

Subirats, Joan, et al (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. España: Ariel.

Tobar, Federico (2012). Políticas de salud: Conceptos y herramientas, en Garay, O (Coordinador), *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: Editorial La Ley.

Tomasina, Fernando (2011). Salud y Trabajo, en *Manual básico en salud, seguridad y medio ambiente del trabajo*. Montevideo: UdelaR, pp. 113.

Varela, Nuria (2019). *Feminismo 4.0. La cuarta ola*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.

Vela, Fortino (2001). *Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa*. México: Flacso.

Velasco, Sara (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Ediciones Minerva.

Vigoya, Mara (2016). “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”, *Debate Feminista*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, vol. 56; pp. 1-17.

Women Watch. Gender Mainstreaming. *Extract from Report of the economic and social council for 1997 (A/52/3, 18 September 1997)*. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm>

Zaremborg, Gisela (2014). *El género en las políticas públicas: Redes, reglas y recursos*. México: Flacso.

Anexos

Anexo 1: línea del tiempo de políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva 2005-2019. Fuente: Presidencia de la República

