

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Licenciatura en Sociología**

**Las políticas de salud sexual y reproductiva  
en el Uruguay, desde una perspectiva de  
equidad de género**

**Matilde López Schwedt**

Tutora: Karina Batthyány

**2014**

## **Índice.**

Capítulo 1 .....	2
A- Introducción.....	2
B- Principales categorías conceptuales:.....	4
C- Marco metodológico .....	14
Capítulo 2 .....	17
Aproximaciones a concepciones de políticas de SSR en Uruguay, en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994).	
Capítulo 3 .....	24
Primeras políticas de salud sexual y reproductiva: hacia un cambio de paradigma en el modelo de salud desde una perspectiva de equidad de género.	
Capítulo 4 .....	30
Consolidación en la agenda política de la SSR y cambio en el sistema de salud Uruguayo.	
Capítulo 5 .....	39
Nuevos desafíos para la profundización de políticas de salud sexual y reproductiva en Uruguay.	
Capítulo 6 .....	44
A- Conclusiones.....	44
B- Bibliografía .....	48
Anexo metodológico.....	51

## Capítulo 1

### A- Introducción.

El presente trabajo es realizado en función de los hallazgos del trabajo final del taller central de investigación “Desigualdades de género” Edición 2011-2012 de la Licenciatura de Sociología. Aquí podrán encontrar un análisis sobre las políticas de salud sexual y reproductiva, llevadas a cabo en el Uruguay entre 1990 y 2013, desde una mirada de equidad de género.

El estudio se enfoca en el análisis de los diseños de políticas públicas, proyectos de ley y leyes aprobadas que abordan la temática de salud sexual y reproductiva, estos insumos permite realizar una reconstrucción histórica que permite abordar el desarrollo de la temática en el Uruguay y su vinculación con la equidad de género. Algunas de las dimensiones del concepto equidad de género son: simetría/asimetría en cuanto a relaciones de poder, diferenciación de las realidades que existen por género y representaciones asociadas al género.

La monografía consta de seis capítulos. El primero contiene la introducción, el marco teórico, y el marco metodológico en el cual planteo los objetivos de investigación, las hipótesis y el diseño.

En el segundo capítulo se abordan los antecedentes de la incorporación de la salud sexual y reproductiva en la agenda del Estado Uruguayo y las aproximaciones a estas conceptualizaciones en el marco de las diferentes Conferencias Internacionales sobre la Población y el Desarrollo.

En el tercer capítulo; las primeras políticas de salud sexual y reproductiva, en el cual se encuentra un análisis de las mismas y las contradicciones entre el modelo de salud y una visión desde esta perspectiva.

En el cuarto, la consolidación en la agenda política de la salud sexual y reproductiva en el marco de un nuevo modelo de salud y los impactos de la Conferencia de Población y Desarrollo “Cairo+5”. Los planes y programas que se desarrollaron en este período:

cambios y profundizaciones en cuanto a las primeras experiencias.

El capítulo cinco consta de los nuevos desafíos para la profundización de las políticas de salud sexual y reproductiva en el Uruguay: la ley de “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”, el veto presidencial de Tabaré Vázquez y la ley de “Interrupción Voluntaria del Embarazo”.

Por último, el capítulo sexto trata de las conclusiones que resultan de la presente investigación en el cual se retoman elementos que surgen del análisis junto a una reflexión global de la temática y de la bibliografía. Además se encuentra un anexo metodológico.

Las políticas de salud sexual y reproductiva han tenido y tienen un espacio en la agenda política y social de los últimos años, tanto a nivel nacional como internacional. La inserción de este tema en la agenda, se debe principalmente, al impulso de organizaciones sociales y su lucha por los derechos humanos. A su vez, las sucesivas Conferencias de Población y Desarrollo, han exigido de alguna manera que los Estados realizaran o tomaran ciertas medidas con respecto a dimensiones de la salud sexual y reproductiva, enmarcándola en la ampliación de la ciudadanía de hombres y mujeres.

La temática de género es transversal a todos los temas de la agenda política puesto que refiere a diferentes áreas y niveles de abordaje. La vinculación entre la salud sexual y reproductiva y equidad de género es sustancial, debido a que, el primero de ellos refiere a la salud de hombres y mujeres. Las barreras para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos son muchas y de diversa índole. Por ello, el rol del Estado es fundamental para garantizar en el diseño de sus políticas, formas de garantizar a hombres y mujeres el derecho a ejercer sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos a lo largo de la vida.

La contribución de este trabajo a las temáticas vinculadas a las desigualdades de género y los derechos sexuales y reproductivos, es la sistematización de las diversas políticas públicas que se han implementado en nuestro país. Respecto a este tema, en las últimas décadas, podemos ver una recopilación de diversos proyectos de ley y el fundamental rol de los actores que encontramos en la temática. Uno de los aspectos centrales de este trabajo es poder comprender desde el diseño de políticas públicas y leyes aprobadas la

incidencia de las mismas sobre los sistemas de género.

## **B- Principales categorías conceptuales:**

Podemos definir a la salud sexual según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

*"un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". (OMS; 2006)*

Como podemos ver, no implica solamente la ausencia de enfermedad, sino que está vinculado a la capacidad de reproducirse y la libertad de tomar decisiones acerca de ello, como también acceder a la información necesaria para poder decidir. Esta información debe brindarse desde los servicios de salud y desde la educación formal, como parte integral de la concepción de la salud sexual.

También podemos agregar que SSR, abarca toda la vida tanto de hombres como de mujeres. Algunas de las áreas que incluimos al hablar de salud sexual y reproductiva a lo largo de diferentes etapas de la vida son: protección y promoción de derechos sexuales y reproductivos desde la infancia, mejorar la calidad de vida y asegurar el acceso a los tratamientos durante el climaterio.

Para poder comprender la importancia que tiene la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de equidad de género debemos conceptualizar a los sistemas de género como:

*"... un conjunto de elementos que incluye formas y patrones de relaciones sociales, prácticas asociadas a la vida social cotidiana, símbolos, costumbres, identidades, vestimenta (...) y otros variados elementos que permanecen juntos gracias a una débil fuerza de cohesión que hacen referencia, directa o indirectamente, a una forma culturalmente específica de registrar y entender semejanzas y diferencias entre géneros conocidos: es decir, en la mayoría de las sociedades humanas, entre varones y mujeres." (Anderson; 1997)/ (Anderson et al, 2006: 21)*

Los sistemas de género podemos ver que son complejos, ya que varían de una sociedad a otra. También se estructura en bases dispersas, las cuales pueden ser contradictorias y puede existir asimetría en cuanto a sus categorías básicas. En esta monografía haremos foco en las políticas de salud sexual y reproductiva y sus incidencias en los sistemas de género, enmarcado en Uruguay.

El concepto de género está vinculado a formas históricas y socioculturales que varones y mujeres usan para dividir sus funciones, las cuales no son permanentes sino que varían a lo largo del tiempo, según Aguirre. Este concepto conlleva rupturas epistemológicas, sobre lo que se da por entendido en la vida cotidiana.

También podemos agregar desde la perspectiva de Scott, que el género es una forma primaria de relaciones de poder, dentro de la cual encuentran tres aspectos centrales que componen el género: los símbolos y mitos culturales; los conceptos normativos (estas afirman categorías de lo masculino y lo femenino, por ejemplo). Las identidades subjetivas e instituciones y organizaciones sociales son un aspecto central en cuanto al género (el mercado de trabajo segregado, la política, las instituciones educativas).

Sobre el “deber ser” de mujeres y hombres podemos señalar que:

*“... no hay un mundo de las mujeres aparte del mundo de los varones, que la información de las mujeres está relacionada con la información sobre los varones. Lo que define al género es la acción simbólica colectiva. Mediante el proceso de constitución del orden simbólico en una sociedad se fabrican ideas de lo que “deben ser” los varones y las mujeres.” (Batthyany, 2004)*

Es importante destacar el carácter deconstructivo-constructivo que tiene la visión de género, puesto que permite desentrañar conceptos e ideas culturalmente muy aceptadas sobre el “deber ser” de hombres o mujeres.

Para focalizar en las cuestiones culturales aceptadas vemos que las mismas son fuente de desigualdad. Mediante las categorías que introduce Scott podemos encontrar cómo estas actúan directamente sobre los significados asociados a los géneros, por tanto tiene también el género el carácter de constructivo, porque permite visualizar inequidades que muchas

veces no son tan visibilizadas como otras, y además, señalar el carácter multidimensional de las desigualdades.

Desde la perspectiva de Scott (2003) se expone la necesidad de una visión amplia de los sistemas de género que incluya no sólo a la familia, sino al mercado de trabajo, la educación y la política. Porque si bien el género se constituye a través del parentesco, no es la única forma en que se construye. Creo que, desde la perspectiva del autor más que ampliar la visión, es desentrañar las relaciones de género en las sociedades modernas y complejas en las que vivimos.

*“El género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. (...) el género debe redefinirse y reestructurarse en conjunción con una visión de igualdad política y social que comprende no sólo el sexo, sino también la clase y la raza.” (Scott, 2003).*

De acuerdo al cambio que se puede dar con respecto a la desigualdad, desde la perspectiva de Saltzman, podemos caracterizar la teoría del cambio, la cual supone unos blancos específicos, que sirven de mecanismos “que prenden la mecha” y siguen sus ramificaciones de cambio que se amplían. El cambio, entonces se puede dar en dos direcciones. Según el autor, la estratificación de los sexos puede aumentar o disminuir, aquí es donde se introduce la pregunta sobre cuáles son las condiciones en las que aumenta la desigualdad o desventaja de las mujeres.

*“... debemos observar las consecuencias intencionadamente negativas para las mujeres de ciertos tipos de cambios económicos, políticos, tecnológicos, demográficos, ideológicos u otro tipo de cambios sociales” (Saltzman, 1992)*

Desde el aporte de Bourdieu al concepto de género y el sistema de género, podemos ver que expone el concepto de la visión androcéntrica. Él propone según sus categorías conceptuales, que estamos inmersos en un sistema en el cual el ser, está construido desde una visión “objetiva”.

Esta visión objetiva está inmersa en un orden de “lo neutro”, “lo objetivo”, es decir desde una lógica en la cual pensamos y actuamos que es naturalizada y se reproduce

irreflexivamente. Esta forma de concebir el mundo, está inscrita en las diferencias biológicas más precisamente en los órganos sexuales. Este sistema de visión androcéntrica, es legitimado por un orden social que permanece inmutable cuya máquina simbólica se retroalimenta de la dominación masculina. En la cual se consagra ciertas características simbólicas de tipo biológicas con un fundamento objetivo. Podemos decir que esta visión androcéntrica está internalizada, por eso hay que desentrañar lo aparentemente natural y objetivo. También Bourdieu hace hincapié en la violencia simbólica, la cual se presenta al dominado como obligado a conceder al dominador, de manera que se le presente como natural encontrarse en esa relación de dominación, esto es producto de la asimilación de la visión del mundo androcéntrica. Los dominados aplican esas mismas categorías que les son impuestas, de manera irreflexiva lo cual lleva a la autodepreciación del dominado.

### **Construcciones de género, modelos familiares y políticas públicas.**

Para poder comprender el impacto de las concepciones naturalizadas, asociadas a las construcciones de género, es importante visualizar dentro de que marco conceptual se han inscripto las políticas gubernamentales, en cuanto a algunos de los temas centrales de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo sobre la natalidad y la fecundidad.

Podemos identificar algunos de los cambios más importantes entre 1990 y 2002, observando la disminución del tipo de familia nuclear tradicional y el aumento de familias biparentales con hijos donde ambos padres se dedican a actividades remuneradas. También aumenta el número de familias nucleares monoparentales. Arriagada (2004) expone que las políticas gubernamentales han estado enfocadas en el concepto de familia “tradicional”, (padre y madre, con relación de larga duración, con hijos e hijas, donde están los roles de género definidos: la mujer encargada de las tareas del hogar y el hombre de las actividades remuneradas). Pero como vemos, la realidad de los hogares latinoamericanos son otros; por tanto se reclama la necesidad de que las políticas sean dirigidas tanto a hombres como mujeres. Con una doble perspectiva; de conciliación entre el trabajo remunerado y el trabajo doméstico y con los cuidados de niños y adultos mayores.

La fecundidad en Latinoamérica está descendiendo sistemáticamente. Uno de los factores explicativos según Jelin, es que las mujeres con mayor educación tienen una fecundidad

más baja en comparación con las menos educadas. También se explica porque el comportamiento reproductivo de hombres y mujeres está muy relacionado con la introducción de nuevas tecnologías reproductivas y de políticas públicas de sexualidad y reproducción.

*“Una definición amplia de la salud reproductiva y de los derechos reproductivos implica reconocer el derecho de toda persona a tener una vida sexual sana y satisfactoria, a poner en práctica su capacidad reproductiva y a gozar de la libertad de decidir las situaciones y condiciones para su ejercicio. La libertad sexual y reproductiva requiere cambios culturales, apoyo institucional y recursos específicos.” (Jelin, 2007, 105)*

En Latinoamérica, las situaciones con respecto al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos están en diferentes niveles de avance. Según la autora Jelin, estos deben ser vistos como un aspecto crucial del camino a recorrer para democratizar las relaciones familiares. El acceso a los servicios médicos reproductivos y a las técnicas de control de fecundidad; son parte muy importante para esta democratización. En Latinoamérica hay una alta proporción de mujeres que no querían tener más hijos cuando quedaron embarazadas. Este porcentaje varía según el nivel de educación formal alcanzado.

Jelin muestra que hay datos que relacionan fuertemente la edad en que la madre tuvo al primer hijo y la edad del embarazo de sus hijas, lo cual es un factor de riesgo que muchas veces reproduce la pobreza de generación en generación. En la relación entre la salud sexual y reproductiva, y el acceso a la información rigen muchos tabúes, por tanto es importante abordar la temática desde las políticas gubernamentales y de diversas instituciones.

Acerca de la relación entre la maternidad y las políticas demográficas, Kabeer expone un desarrollo histórico de las tesis sobre población. Las cuales a fines de los años setenta, se caracterizaban por modelos de salud de países desarrollados, donde la premisa era “el desarrollo era el mejor anticonceptivo”, como solución a los temores del crecimiento de la población del Tercer Mundo en donde crecía la población y se temía que creciera también la pobreza a escala mundial.

Pero los resultados de estas políticas en gobiernos pos coloniales fueron sistemas centralizados, financiados por el Estado con un pequeño número de médicos capacitados, lo cual tuvo alcance a muy poca población y a muy alto costo. Además del rasgo urbano, y de curación que tenían estas políticas de salud, en un intento por repensar los sistemas de salud, se creó la Atención Primaria a la Salud (APS), la cual se centra en el control preventivo de la enfermedad, infección, etc. En ella participan diversos actores tanto estatales como de la comunidad, esto implica un mejoramiento de la vida comunitaria en la relación sistema de salud y comunidad. Si bien la APS, fue pensada como un factor innovador las crisis de los años setenta en nuestro continente resultaron en recortes a los gastos de servicio social. Esto implicó en muchos casos, un retroceso del sistema de salud y surgió una preocupación constante en muchos países sobre cómo recortar gastos en esta área. Este aspecto puede explicar algunos impactos, por ejemplo en el comportamiento con respecto a la fertilidad.

Las políticas de población, apuntaban a la equivalencia de ser mujer y ser madre en los años setenta. Comienza el debate sobre esta forma de concebir las políticas. Las mujeres, ya en esos años comienzan a ingresar mayoritariamente al ámbito laboral, con remuneraciones bajas, lo cual llevó a las mujeres a buscar recursos económicos adicionales. La autora Fraser realiza un análisis de las “políticas de las necesidades”, el cual incluye: la lucha para asegurar el nivel político de una necesidad, la lucha por la interpretación de esta necesidad y a partir de esto la lucha para asegurar los recursos necesarios para satisfacer esta necesidad.

Desde esta perspectiva podemos analizar la necesidad en los países del Tercer Mundo de contraer tecnología anticonceptiva, esto lo podemos vincular con una lucha de diversos grupos de feministas. El acceso a tecnología reproductiva, implica un elemento más para ampliar los derechos de las mujeres y ejercer un mecanismo de control tanto sobre su cuerpo como su vida. Pero en las políticas de salud implementadas en ese momento, vemos un enfoque centrado en la negación de la ampliación de estos derechos.

Podemos ver que en 1984 se da un nuevo giro en cuanto a políticas de población en países del Tercer Mundo, podemos identificar los tipos de modelos que fueron desarrollándose para entender la realidad que muchos países del Tercer Mundo afrontan hoy en día. Las

realidades de los países son diferentes según el desarrollo o no de estas políticas, en el caso de Uruguay más adelante expondré una breve síntesis de cómo fueron transcurriendo las políticas de salud sexual y reproductiva.

Sobre el control de la natalidad vemos que es un tema que no sólo implica un abordaje técnico sino que también tiene componentes morales y culturales. A fines de los años ochenta se puede ver un contexto de altas tasas de fertilidad de sectores pobres de la población. Muchas veces se les atribuía a estos sectores la culpabilidad de la degradación del medio ambiente. Pero, como señala Kabeer una política de población tiene que dejar la idea de reducción de la fertilidad y tomar en cuenta las condiciones sociales en las que se pueden incrementar las opciones reproductivas. Sin esta mirada centrada solo en la reducción de la fertilidad, encontramos que la redistribución del ingreso, las oportunidades de trabajo y educación, mejoramiento en la posición de las mujeres, atención accesible y planificación familiar impactan en la reducción de la fertilidad sin un control estricto sobre la población, y además generando otras posibilidades de pensarse como sujeto de derechos.

A partir de esta iniciativa de expandir las políticas que tratan de mejorar la posición de las mujeres, que no se restrinjan solamente a la planificación familiar. La tecnología reproductiva es uno de los elementos importantes para el bienestar reproductivo garantizando el acceso a la información de la variedad de métodos de anticoncepción. La visión de “la usuaria” como describe Kaaber, se enfoca en la promoción selectiva de estos métodos, pero las mujeres no tienen las mismas necesidades y este enfoque no les garantiza el acceso a los distintos métodos.

El principal efecto de que las mujeres se realicen abortos clandestinos es que estos son extremadamente inseguros, en comparación con aquellos que se realizan en contextos de legalidad. Por ejemplo se pueden presentar: problemas de morbilidad, fertilidad y mala salud crónica. Un 28% de la población mundial vive en países en donde el aborto es ilegal, (Uruguay hoy en día tiene el aborto despenalizado bajo ciertas condiciones) y aunque sea ilegal esta práctica se sigue realizando.

Para abordar el enfoque de género, podemos situarnos en distintos momentos del proceso de desarrollo, ya sea en su análisis o en su implementación, las cuales no tienen

necesariamente como propósito central la equidad.

Desde este mismo enfoque, identificamos su importancia para analizar las diferentes políticas o programas, en las cuales exploramos de qué manera el género se encuentra presente, cómo se verá afectado por la intervención y si aportará o no a la equidad. Por otro lado consideramos la importancia de que la equidad de género es un elemento que debe estar presente en las diferentes instancias de elaboración, ejecución y evaluación de un proyecto.

### **Políticas de salud sexual y reproductiva en Uruguay: ¿Desde una perspectiva de género?**

Para introducirnos al contexto de nuestro país sobre la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, me parece interesante hacer una breve reseña, sobre esta temática en los informes del Observatorio Nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay de MYSU (Mujer y Salud Uruguay). En Uruguay a mediados del SXX, podemos identificar, que tenía institucionalizado un desarrollo de políticas de salud pública, que como consecuencia de su aplicación tuvo un descenso de la mortalidad materna e infantil. Estas políticas estaban inscriptas en el binomio madre-hijo, de visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud. Por tanto, quizás este sea uno de los motivos por el cual luego hay una tardía definición desde el Estado para abordar políticas de SSR (salud sexual y reproductiva).

Sobre las políticas públicas, podemos conceptualizarlas como:

*“Las políticas públicas son el resultado del conjunto de procesos mediante los que las demandas sociales se transforman en opciones políticas y en tema de decisión de las autoridades públicas. Por ese motivo, no pueden considerarse como meros actos administrativos sino como productos sociales emanados de un contexto cultural y económico determinado, insertados en una estructura de poder y en un proyecto político específico.”* (Batthyány en CEPAL 2012)

Es importante poder vincular el diseño de las políticas públicas en el contexto socio-político en el cual fueron creadas, esto nos explica cómo llegan a concretarse ciertas

dimensiones de las mismas, de qué manera se abordan las problemáticas que surgen de las demandas sociales, etc. Por tanto para analizar las políticas de salud sexual y reproductiva se debe tener en cuenta que las mismas surgen de procesos que no deben tomarse como hechos aislados entre sí.

La planificación familiar es uno de los primeros temas que surge como una demanda social, a través de organismos no gubernamentales en los años setenta. Recién en 1996, comenzó una política de incorporación de métodos anticonceptivos en servicios públicos de salud, así como también programas de salud de la mujer llevados adelante por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). Estos programas fueron el resultado directo del impacto de la IV Conferencia Mundial de la Mujer y de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, 1994).

Otro factor que contribuyó a la concreción de esta política fue la instalación de una Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Uruguay (UNFPA), la cual funcionó como sede de apoyo para la realización de acuerdos e implementación de programas.

En 1999, se realizó un programa de maternidad y paternidad elegida con énfasis en situaciones de extrema pobreza, la cual se desarrolló como un programa prioritario de salud del MSP, pero debido a conflictos de presupuesto y gremiales no tuvieron la continuidad esperada. A partir del año 2002 se incorporaron prestaciones en el primer nivel de atención del MSP, de incorporación de la anticoncepción en el interior del país.

Podemos decir, que a partir de estudios realizados -como señala el informe de MYSU (2008)- , si bien se incorporaban programas de SSR en el sistema de salud, entraban en constante contradicción con el modelo tradicional de atención. Modelo con características particulares, entre ellas; modelo con figura de médico en tanto actor, centrado en lo asistencial, mujer como “objeto” de atención e implementación de programas de tipo verticales sin coordinación entre sí. Una política de SSR, requiere de una visión que promueva la educación, la prevención, la participación comunitaria, equipos médicos multidisciplinares, mujer en tanto sujeto de derecho y ciudadanía plena. Sobre la relación de género y desarrollo en salud vemos que:

*“... aporta a la visión de una sociedad más equitativa, con una distribución más justa de los recursos y beneficios de ese desarrollo, que particularmente promueva una mayor participación de las mujeres en las decisiones que afectan el bienestar común.”* (Gómez, 2001 en MYSU; 2008, 17.)

El modelo de SSR se basa en pilares como el principio de la justicia social, desarrollando un modelo de salud que es diferente al tradicional, por las anteriores características que expuse.

Vale la pena mencionar que según el “Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género” del MSP y su informe de Mayo de 2005 afirma que los cambios que el Uruguay experimentó en las políticas de SSR efectuadas por el MSP, han sufrido los cambios sucesivos de autoridades y el desinterés de ver la temática aplicada a las mujeres en una mirada de equidad de género, así como de la inserción en la agenda política de los derechos sexuales. Un indicador es el de mortalidad materna. Si bien el informe dice que es de los mejores de la región (2,5 por 10 mil), presenta que son casi en su totalidad muertes evitables, ya que la mitad de ellas se originaron en casos de aborto en condiciones de riesgo o por deficiencias en la atención. Por tanto, vemos la importancia de la temática y todo lo que engloban las políticas de SSR. La consolidación de la Comisión Intergubernamental para los temas de Salud sexual y Reproductiva del MERCOSUR, ha sido de gran avance para la conformación de los programas ministeriales.

En la Ley n° 18.426 aprobada el 1ero de diciembre de 2008 titulada *“De Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”*, podemos ver que se concretan las prestaciones de anticoncepción y esterilización por voluntad de la persona de manera gratuita en el sistema. Esta ley también busca la capacitación de profesionales de la salud y de campañas públicas de información. En el marco de atención, es importante destacar que se toma a los servicios de salud sexual y reproductiva como parte de los derechos ciudadanos. Alguno de los rasgos más notorios en este aspecto, es que, la misma sea integral, eficaz y de calidad. Además, esta ley busca profundizar el cambio de modelo de atención entre los equipos profesionales y los usuarios.

En nuestro país no era necesario habilitar por ley algunos servicios de salud sexual y

reproductiva, sin embargo es importante considerar las limitaciones que eso tenía:

*“... desde 1996 la ampliación de servicios en salud sexual y reproductiva que trascendieran los tradicionales materno-infantiles, se lograron con voluntad política de los tomadores de decisión y su implementación no tuvo más obstáculos ni complejidades que abordar las barreras y resistencias que implican los cambios de modelo de atención en el sistema sanitario o educativo en relación a la inclusión de prestaciones de ese tipo.” (UNFPA, 2009.)*

En ese sentido, para la real concreción y avance de políticas de salud sexual y reproductiva era necesario que estuviera enmarcada en una ley.

La ley 18426 promulgada por el Poder Ejecutivo, modificó el proyecto aprobado por el parlamento al excluir los capítulos que trataban sobre la regulación de la práctica del aborto, en donde el aborto era despenalizado. El Presidente Tabaré Vázquez haciendo uso del artículo 149 de la Constitución de la República le otorga la posibilidad al Presidente de objetar sobre un proyecto de ley al Poder Ejecutivo. En este caso Tabaré Vázquez obtuvo el apoyo de tres ministros para poder eliminar los capítulos que trataban sobre la práctica del aborto. El 30 de setiembre de 2010 se promulga el decreto 293/010 de reglamentación de la Ley 18426, para implementarse dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El “veto presidencial” generó un gran debate público sobre el uso de este recurso y las consideraciones que el Presidente Vázquez expuso para tomar esa medida. El tema no quedó inconcluso, y el 22 de Octubre de 2012 se aprueba la Ley N°18.987, la cual regula la interrupción voluntaria del embarazo bajo ciertas condiciones.

### **C- Marco metodológico**

#### **-Problema de investigación.**

Pregunta general: ¿Cómo fue la evolución de las políticas de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de equidad de género en el Uruguay, durante 1990 y 2010?

### Preguntas específicas:

¿Desde cuándo y por qué las políticas públicas en el Uruguay han abordado la temática de salud sexual y reproductiva? ¿Cuál es la concepción de las mismas?

¿Cuáles son los diferentes actores que podemos identificar?

¿Cuál fue el desarrollo de la temática a lo largo del período en la agenda política del Estado uruguayo?

### **-Objetivos de la investigación.**

Generales:

Analizar desde una perspectiva de equidad de género, la evolución de las políticas de salud sexual y reproductiva en el Uruguay, durante 1990 y 2010.

Específicos:

1. Ver como se desarrollaron las políticas de SSR en el Uruguay y que concepciones se encuentran detrás de las mismas.
2. Analizar la interacción entre la evolución de la salud sexual y reproductiva con respecto a su inserción en la agenda política del Estado uruguayo.

### **- Hipótesis:**

General:

La integración de la dimensión de género en el Estado uruguayo, determinó una presencia más fuerte de la temática en la agenda política uruguaya, en términos de inclusión de las políticas públicas de SSR entre 1990 y 2010.

Específicos:

- A partir de mediados de los años 90', se comienza a ver la inserción de las políticas de salud sexual y reproductiva en las políticas públicas en Uruguay. Partiendo desde una concepción centrado en lo asistencial, a una enfocada en las personas como sujetos de derechos.
- Los actores que podemos identificar son: los movimientos sociales, quienes introdujeron la temática de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de

género, en la agenda política. Otro actor es el Estado, quien realiza acciones con respecto a la temática, mediante sus diversos organismos.

**Unidad de análisis:** Las políticas públicas de salud sexual y reproductivas, en el Uruguay.

**Con respecto a la población,** está compuesta por las políticas públicas efectuadas por la Intendencia de Montevideo y el Ministerio de Salud Pública. Puesto que ambas instituciones (una departamental y la otra nacional), tienen políticas realizadas con respecto a la salud sexual y reproductiva a lo largo del período de tiempo a analizar en el Uruguay. Estos 20 años de evolución de la temática, los voy a dividir en cuatro períodos, tomando en cuenta la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo en 1994.

**Método de investigación:**

El método utilizado para esta investigación es el método cualitativo, debido a que brinda herramientas para una mejor comprensión de esta temática y sobre todo se adecua a mis objetivos de investigación. Algunas de sus características más importantes son: *“... fundada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido; basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, y sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, detalle y el contexto.”* (Vasilachis 2006).

**Técnica de investigación:**

Análisis documental-

La técnica de investigación que utilizo para esta investigación es el análisis documental. Debido a que esta técnica permite hallar la información necesaria para el análisis, mediante un análisis de los documentos (leyes, decretos, programas, etc.) que traten sobre políticas

públicas de SSR en Uruguay, diseñadas por el Ministerio de Salud Pública, como la Intendencia Municipal de Montevideo.

*“Un documento, es un material informativo sobre un determinado fenómeno social que existe con independencia de la acción del investigador. Por tanto el documento es generado por los individuos o las instituciones para fines distintos de los de la investigación social...” (Corbetta 2007; 376).*

Es importante remarcar esta característica sobre los documentos, puesto que es constitutiva para comprender esta técnica. Esta particularidad que tienen los documentos, tiene dos ventajas claras: no se ve intercedida por los posibles efectos de distorsión entre el estudioso y lo estudiado. En segundo lugar, los documentos permiten estudiar también el pasado, en el caso de esta investigación se van a analizar documentos institucionales, los cuales son: *“... documentos producidos por instituciones o por individuos, en el contexto de la parte [institucionalizada] de su vida. (...) en general son documentos públicos.” (Corbetta 2007; 377)*

Otras de las ventajas que señala Corbetta, es que los documentos institucionales no son reactivos, podemos estudiarlos desde un análisis diacrónico y tiene costos reducidos para quien realiza la investigación. Por los motivos expuestos anteriormente, y por la pertinencia de un análisis documental a la evolución de las políticas de salud sexual y reproductiva, entre el año 1990 y el 2013, es conveniente desarrollar esta técnica de investigación cualitativa.

## **Capítulo 2**

### **Análisis e interpretación de la información.**

#### **Aproximaciones a concepciones de políticas de SSR en Uruguay, en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994).**

La Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994, marca un hito ineludible a la hora de pensar la incursión de la salud sexual y reproductiva en la agenda política de los países. La misma determinó un punto de

inflexión para el abordaje de la temática, puesto que le dio carácter internacional a una temática que anteriormente había sido trabajada por múltiples actores de la sociedad civil. Esta Conferencia se realizó con la presencia de 179 países. El Programa de Acción que surge de este encuentro tiene las siguientes metas:

*“...con respecto a la educación, especialmente de las niñas, y para una mayor reducción de los niveles de mortalidad de lactantes, niños y madres. También aborda cuestiones relativas a la población, el medio ambiente y las pautas de consumo; la familia; la migración interna e internacional; la prevención de la pandemia de VIH/SIDA y la lucha contra esta; las actividades de información, educación y comunicación; y la promoción de la tecnología, la investigación y el desarrollo. Por primera vez, se insta a los gobiernos a considerar que los abortos en condiciones de riesgo son una causa importante de mortalidad materna y "una importante cuestión de salud pública".<sup>1</sup>*

Estos lineamientos que surgen de la CIPD 1994 son muy importantes a la hora de elaborar diversos tipos de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en el abordaje de la temática del aborto. Con respecto a nuestro país, vemos que en el año 1993 ya se había presentado un proyecto de ley que abordaba la interrupción voluntaria del embarazo (ver más en el capítulo 1-C del análisis: *“Iniciativas de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo: un primer acercamiento a la temática”*). En el caso de nuestro país, algunas de las dimensiones del concepto salud sexual y reproductiva, son llevadas a cabo mediante políticas públicas. Sin embargo estas temáticas no se encuentran enmarcadas desde la conceptualización de la SSR.

En la CIPD de 1994, podemos como es el trayecto de la inserción de las temáticas de salud de la mujer desde un enfoque de derechos, y que en la misma se define la Salud Sexual y Reproductiva. Esto trae implicancias a nivel internacional puesto que exige a los Estados ciertos compromisos y le permite a las diversas organizaciones de mujeres tener mayores respaldos para la incursión de la temática en la agenda política y ver la concreción de esos temas en políticas públicas.

---

<sup>1</sup> Boletín de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (Egipto), 5 a 13 de septiembre de 1994.  
[http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94\\_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html](http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html)

Es interesante poder desentrañar como el Uruguay ha llevado adelante las primeras aproximaciones a la temática, el Estado uruguayo luego del CIPD 1994, se comprometió en empezar a elaborar políticas de salud sexual y reproductiva. Las primeras aproximaciones a las mismas son elaboradas a nivel municipal, más específicamente por la Intendencia de Montevideo (IM). Este último insumo no es menor puesto que en el proceso de implementación de políticas públicas de SSR, se pueden visualizar que en una primera instancia este tipo de políticas son implementadas a nivel del gobierno departamental de Montevideo. Las mismas sirven como antecedente e insumo para el diseño de las políticas que tienen alcance nacional y son implementadas por múltiples organismos gubernamentales.

Algunos de los componentes que en la CIPD 1994 se introducen con respecto a la Salud Sexual y Reproductiva están vinculados a los siguientes temas: al acceso de hombres y mujeres a la planificación familiar con métodos seguros, eficaces, costeados y aceptables. También sobre la dimensión de la reproducción, trata del reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente sobre este tema, a su vez el derecho al disfrute del nivel de salud sexual y de la reproducción.

Estas dimensiones sobre la SSR, son las que durante décadas atrás el movimiento feminista reivindicaba, el hecho que sea respaldado por esta Conferencia le genera al Estado uruguayo un compromiso. Sin embargo algunos autores, encuentran que existe una disociación entre los distintos sentidos y significados que los diversos actores le han dado a los derechos sexuales y reproductivos.

*“(...) las corporaciones internacionales de control de natalidad han incluido el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos con objetivos diferentes al de movimiento de mujeres (...)” (Durand y Dos Santos en CNS Mujeres 2005)*

Aquí lo que Durand y Dos Santos, nos plantean es que muchas veces temáticas como el control del crecimiento poblacional son asociados con la SSR. Esta conceptualización deja de lado la perspectiva de que los derechos sexuales y reproductivos significan el reconocimiento y la generación de condiciones para que mujeres y hombres puedan conocer y disfrutar su cuerpo desde una perspectiva de derechos.

Por otro lado también es preciso diferenciar las necesidades prácticas de género y las necesidades estratégicas de género, estas categorizaciones son introducidas por Moser y muestran la importancia que para que se brinden cambios culturales y existan las condiciones para el ejercicio de los derechos, estaríamos frente a las necesidades estratégicas de género. Estas deben ser tomadas por las políticas públicas para transformar las relaciones de poder entre hombres y mujeres, de esa manera se llevarían a cabo de manera cabal y con un sentido transformador las políticas de salud sexual y reproductiva.

Otro rasgo al cual nos enfrentamos cuando las políticas de SSR no son diseñadas ni interpretadas de manera cabal, es cuando se la reduce a lo materno- infantil o a la planificación familiar. Al reducir a esas áreas se dejan de lado otras dimensiones que también son parte del concepto.

*“La importancia del concepto de salud sexual y reproductiva radica en que ofrece un enfoque integral a las necesidades en materia de salud que están relacionadas con la reproducción y en conexión con ello, considera a las mujeres como eje central y titulares de derechos, reconociendo, respetando y respondiendo a las necesidades de las mujeres, no sólo en su condición de madres”* (Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, op. Cit., p.8.)

Uruguay fue uno de los 179 países participantes en esta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, desarrollada en El Cairo. En esta instancia se adoptó un Plan de Acción para promover ciertas temáticas, en las cuales encontramos la salud sexual y reproductiva. Por tanto como mencionábamos anteriormente, nuestro país también adopta y forma parte de los compromisos que asumieron los países participantes.

Sin embargo a pesar de la legitimación internacional que recibió la salud sexual y reproductiva como conceptualización, (a partir de la CIPD 1994) podemos ver que no siempre se le ha dado el mismo sentido y significado por distintos actores.

*“(…) las corporaciones internacionales de control de la natalidad han incluido el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos con objetivos diferentes al de movimiento de mujeres. (...). A través de los años su meta ha sido clara: el control del crecimiento poblacional, sea por escasez de alimentos en la década del 70, desempleo y crisis económica en los ´80 y degradación ambiental en los ´90. Desde*

*otra perspectiva, los derechos sexuales y reproductivos significan el derecho de las mujeres a conocer su cuerpo, a quererlo, a cuidarlo, a disfrutarlo, y a controlar su fecundidad...”* (CNS Mujeres 2005; 12)

Por tanto es importante a la hora de analizar cómo se han ido desarrollando los diseños de las políticas de salud sexual y reproductiva, poder encontrar si las mismas se enmarcan desde una perspectiva de derechos o por cuestiones de control de natalidad. Por otro lado es importante indagar si las mismas se plantean como de SSR pero están inscriptas en el modelo materno infantil, el cual muestra en una visión hegemónica del papel de la mujer como madres, cuidadoras de dependientes. Este marco deja afuera a un rol paterno asociado a los procesos reproductivos.

#### **1. Iniciativas de ley sobre interrupción voluntaria del embarazo: un primer acercamiento a la temática.**

En este apartado se realizará un repaso por las diferentes iniciativas vinculadas a la despenalización del aborto, quiénes lo presentaron y qué modificaciones planteaban. Realizando un especial énfasis en el proyecto de ley presentado en 1993, el cual obtuvo media sanción en la Cámara de Representantes luego de varios años de debate.

Para comenzar podemos ver que una vez restaurada la democracia en nuestro país, el primer proyecto de ley que intenta modificar la Ley N° 9.763 es presentado por el Partido Colorado en 1985 el cual se presentaba la propuesta de despenalizar totalmente el aborto si contaba con el consentimiento de la mujer, por tanto solo se penalizaba el aborto realizado sin el consentimiento de la misma. Este proyecto fue archivado en 1992 y luego anexado al proyecto de ley 3107/993.

En noviembre de 1991, el Partido por el Gobierno del Pueblo (PGP) introdujo una iniciativa que proponía eliminar algunos atenuantes del aborto realizado sin consentimiento de la mujer (más específicamente del artículo 328, los numerales 2 y 4). Esta iniciativa fue archivada y no llegó a ser discutida por las cámaras.

El proyecto de ley presentado en 1993 sobre Aborto voluntario tiene la particularidad que es presentado por legisladores de diferentes partidos políticos y llega a ser discutido y aprobado con media sanción. A continuación expondré algunos de los

principales aportes de este proyecto de ley, los cuales se basan en artículos de la iniciativa de ley y de la exposición de motivos de los/as legisladores/as que lo presentaron.

### **Sobre la despenalización del aborto:**

Este documento enmarca a la despenalización del aborto en varios argumentos. El primero de ellos que aparece es reconocer que es una práctica que existe, aunque el Estado la penalice en su ley. Aparte en la exposición de motivos podemos ver que se enmarca en las diversas consecuencias que tiene para el Estado y para las mujeres este hecho.

*“... aborto es un recurso utilizado en forma permanente por las mujeres de nuestro país para interrumpir el proceso fisiológico de la gravidez, no reduce los medios para enfrentar tal situación a la penalización, sino que propone reglamentar las condiciones y plazos en los que una mujer puede solicitar dicha interrupción...”*

*“una ley penal que no se cumple, no sólo desprestigia el sistema penal, peor aún, los abortos clandestinos cuestan muchas vidas. Impiden, por su carácter de clandestino, los procesos de persuasión, reflexión, y aun de autorización en caso de menores. En la práctica no hay nada más libre que reunir unos pocos pesos e ir a una partera clandestina.”* (Proyecto de ley “Aborto voluntario” 1993)

En la exposición de motivos, se presenta un estado de situación sobre el aborto en nuestro país, haciendo énfasis sobre los procesos que se pierden porque esta práctica sea ilegal. Por otro lado, el proyecto apunta a que las mujeres que decidan interrumpir su embarazo tengan las condiciones para poder realizarla dentro de un marco normativo que brinde garantías.

Dentro del marco normativo de este proyecto de ley, podemos ver cuál es el lugar de la mujer en relación a la toma de decisiones de su propio cuerpo. En este caso se enfoca en la mujer como sujeto de derecho, debido a que a que la interrupción del embarazo se efectiviza con la voluntad de la mujer dentro de las veinticuatro semanas de gestación. En

el siguiente fragmento del proyecto de ley podemos observarlo.

*“... se acuerda a toda mujer el derecho a tomar la decisión de interrumpir su gravidez y para lo cual bastará el enunciado de tal voluntad ante el médico tratante; en segundo lugar, aquellas circunstancias y plazos en los que la interrupción de la gravidez será una resolución avalada por el dictamen de dicho médico, respaldado con los certificados y análisis clínicos correspondientes...” “A partir de las veinticuatro semanas no está permitida la interrupción del embarazo, salvo que a criterio del médico tratante fuere estrictamente indispensable para salvar la vida de la mujer. El médico, en todos los casos someterá tal decisión a consideración de la mujer, excepto que ello fuere imposible. En tal hipótesis, se debe tratar de salvar la vida del feto por todos los medios que no pongan en peligro la vida o la salud de la mujer.”* (Proyecto de ley “Aborto voluntario” 1993)

### **Desde una perspectiva de derechos: los servicios de salud de la mujer.**

Podemos ver que los compromisos internacionales asumidos por nuestro país, incluyen abordar temáticas desde un enfoque de salud sexual y reproductiva, basándose en una perspectiva de derechos. Esto significa, que el sujeto tome lugar real en la toma de decisiones sobre su cuerpo, sobre este tema quienes presentan esta iniciativa de ley denotan que nuestro país no estaba legislando desde un enfoque de salud sexual y reproductiva. También introducen la necesidad de abordar las problemáticas de la salud reproductiva, desde una educación sexual que tienda a educar para una sexualidad libre y responsable.

*“Se procura determinar condiciones de igualdad, justicia y respeto por los derechos de las mujeres, que en los marcos legales actuales son sistemáticamente desconocidos o violados.”* (Proyecto de ley “Aborto voluntario” 1993)

En nuestro país estas primeras iniciativas de ley comprendidas luego de la restauración de la democracia en nuestro país, visibilizan la pertinencia de que el Estado actualizara su legislación e impulsara políticas desde un enfoque de SSR. Por lo tanto vemos que desde este proyecto presentado en 1993, no solamente busca modificar y cambiar la

reglamentación sobre el aborto, sino que abre el debate para que podamos encontrar, las diversas áreas que componen las problemáticas de salud reproductiva. Mediante una variedad de acciones por parte del Estado se pueden llevar a cabo desde una perspectiva de derechos y no desde una visión con el eje en las políticas con enfoque de población.

*“Para generar posibilidades de acceso igualitarias para todas las mujeres, a intervenciones de calidad y condiciones admitidas por la práctica médica. Para efectivizar el derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad; derecho integrado al ordenamiento positivo nacional desde noviembre de 1991, fecha en que se ratificó la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (Proyecto de ley “Aborto voluntario” 1993)*

### **Capítulo 3**

#### **Primeras políticas de salud sexual y reproductiva: hacia un cambio de paradigma en el modelo de salud desde una perspectiva de equidad de género.**

##### **A) Conceptos centrales de SSR y su vínculo con la equidad de género.**

En este apartado expondré sobre las diferentes subdimensiones que componen a la salud sexual y reproductiva sobre las políticas públicas comprendidas en el período entre 1990 y 1998. Debido a que en este período se comienzan a introducir iniciativas de ley a nivel nacional y programas de alcance departamental (Montevideo) que empiezan a poner en la agenda política de nuestro país esta temática. Además de ver de qué manera se plasman los diferentes componentes que involucran a la SSR, es interesante analizar si las mismas introducen conceptos que aluden a la equidad de género y si los logran incorporar dentro de los objetivos/artículos de los documentos.

La salud sexual y reproductiva se compone de dos grandes dimensiones. En una de ellas podemos encontrar a la salud sexual compuesta por las siguientes subdimensiones: i) atención de salud de calidad, confiable y con perspectiva de género. ii) Acceso a planificación familiar, decisión libre sobre la procreación, prevención y tratamiento de la infertilidad, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. iii)

Capacidad de disfrutar de una vida sexual placentera, segura y con libertad de decidir. iv) Educación para la sexualidad laica, basada en información clara y libre de prejuicios.

Otra dimensión es la salud reproductiva, en la cual encontramos las siguientes subdimensiones: i) Obtención de información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, gratuitos, eficaces y accesibles. ii) Interrupción del embarazo, bajo condiciones de seguridad para quien se le realiza el aborto.

- **Atención de salud de calidad, confiable y con perspectiva de género.**

En 1996 comienzan a implementarse los dos primeros programas de salud reproductiva que contemplaban prestaciones de anticoncepción en nuestro país. Desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Programa Maternidad y Paternidad Elegida: dirigido a la población de extrema pobreza. Este fue llevado a cabo con servicios de planificación familiar en 10 centros asistenciales de Montevideo. También se trató de llevar adelante en 10 departamentos pero no tuvo un desarrollo tal como el esperado.

*“El Programa Maternidad y Paternidad Elegida fue un programa vertical no integrado en la estructura de servicios del MSP, coordinado desde la Dirección General de Salud y con escasa articulación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), instancia responsable por la gestión de los servicios de salud del MSP. Esta situación dificultó severamente su desarrollo, junto con el tímido compromiso de las autoridades del momento sobre la importancia de las políticas en salud sexual y reproductiva, las cuales eran vistas más como un lujo que como un derecho.” (CNS Mujeres 2005; 24)*

Si bien esta era una de las dos primeras políticas llevadas adelante, intentando contemplar las resoluciones adoptadas por nuestro país en CIPD 1994, podemos ver que estaban siendo implementadas a 5 años de esa Conferencia y con avances muy lentos para el desarrollo de una visión desde los derechos sexuales y reproductivos. Sobre todo podemos ver que son incompatibles, por un lado el desarrollo de políticas con un enfoque en SSR y por otro lado un sistema de salud asistencial y descoordinado a la hora de implementar planes a nivel nacional.

Otro de los programas que comenzaron en 1996 fue el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM) que se desarrolló a nivel departamental, en el Departamento de Montevideo y contemplaba el cambio de paradigma introducido en la CIPD 1994 con respecto a la salud sexual.

*“Atención de salud de calidad, confiable y con perspectiva de género. Consolidar un modelo de atención integral que atienda las necesidades de salud de las mujeres en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la participación comunitaria y la capacitación permanente de equipos técnicos y comisiones de salud.”* (PAIM; 1996).

Podemos ver que en los objetivos de este plan se presentan muchos de los componentes que integran a la conceptualización de la SSR. Por ejemplo el Programa de fortalecimiento de estrategias educativas en sexualidad y género, (enmarcado dentro del PAIM), tiene como objetivo:

*“Contribuir al desarrollo de identidades de niños, niñas, adolescentes y adultos, independientes de los condicionamientos de género y en un marco de valores y afectos basados en el acceso a una educación integral.”*

En este objetivo vemos como se introduce la deconstrucción de las conceptualizaciones asociadas al género, con el fin de garantizar el acceso a una educación integral. Es importante contextualizar que el PAIM, se incorporó a las políticas sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo y contaba con presupuesto para su realización.

En esa línea podemos visualizar que el proyecto de “Adolescentes promotores de sus derechos” que se desarrollaba dentro del PAIM tenía como objetivo:

*“Favorecer la participación ciudadana de las y los jóvenes y adolescentes, fomentando su integración social en igualdad de oportunidades y derechos a través de la creación de espacios de intercambio y promoción de la salud sexual y reproductiva independiente de condicionamientos de género, y temáticas afines a sus intereses.”*

En estos objetivos podemos observar que se incluyen conceptualizaciones que tratan las relaciones de género, para poder concretar la promoción de SSR en espacios de intercambio de los y las jóvenes. En el proyecto de ley de despenalización del aborto, presentado en 1993 encontramos en la exposición de motivos, la necesidad de que se introdujeran y sean tenidos en cuenta en los marcos legales/programas/ planes las relaciones de género.

*“Se procura determinar condiciones de igualdad, justicia y respeto por los derechos de las mujeres, que en los marcos legales actuales son sistemáticamente desconocidos o violados.”*

En el PAIM se logra incorporar a las tradicionales prestaciones de control del embarazo y puerperio otros nuevos servicios. El más innovador fue sin dudas la introducción de los servicios de anticoncepción: el DIU, preservativos, métodos hormonales y sobre el último tiempo anticoncepción de emergencia. Para ello este Programa contaba con apoyo financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Para llevar adelante una atención de salud de calidad, podemos destacar la importancia de que se cumpla cabalmente una coordinación entre los diferentes niveles de servicios de salud. En el proyecto de ley de 1998 con respecto a la interrupción del embarazo, encontramos lo significativo que es para la SSR el acceso a la información:

*“Este proyecto procura garantizar que toda interrupción de la gravidez se efectúe luego que el médico brinde a la mujer la información que pudiera ayudarla a conformar su voluntad, con pleno conocimiento de las alternativas legales que la asisten para enfrentar por otros caminos un embarazo no deseado, así como los apoyos técnicos y el tiempo necesario para que su voluntad pueda conformar y concretar.”* (Proyecto de ley 1998, “Aborto- legislación )

- **Obtención de información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, gratuitos, eficaces y accesibles**

La vinculación del rol reproductor de las mujeres al mundo de “lo privado”, generó durante muchos años en nuestro país profundas inequidades, debido a que la anticoncepción se planteaba como un tema perteneciente a la esfera privada. Entre los primeros programas que encontramos en el Uruguay que comienzan a administrar métodos anticonceptivos, está el PAIM. Este programa realizó una coordinación en la cual se vendían y administraban métodos anticonceptivos en 15 Policlínicas Municipales, 2 Móviles de Salud y 5 Policlínicas barriales por Convenio. A su vez incorporaron la anticoncepción de emergencia, hecho que sucedía por primera vez en nuestro país y se distribuyeron preservativos en diferentes lugares. A principios de la década del 2000 este mismo plan se desarrolló en más barrios y policlínicas. De todos modos estamos refiriéndonos a que esto sucedía en el Departamento de Montevideo y con las limitantes señaladas.

#### **B) Las contradicciones entre el modelo de salud asistencialista y las conceptualizaciones de las políticas de SSR.**

La salud sexual y reproductiva se puede enmarcar en el desarrollo de un paradigma, en donde la clave es el desarrollo de políticas integrales, las cuales requieren de una visión de los varones y mujeres como sujetos de derechos. Desde la conceptualización que realiza Cook en MYSU 2008, podemos ver que los tres principios que rigen la SSR son: dignidad, igualdad y ciudadanía. Con respecto a la dignidad, hace referencia al derecho de ser libre de tratamiento inhumano o desagradable.

Sobre la igualdad, podemos ver que trata de tener las mismas oportunidades de tratamiento ante situaciones similares, adecuando las políticas ante la diversidad de situaciones. El hecho de que no existan políticas de SSR que se enmarquen en las diferentes diversidades de situaciones y que desde el Estado no se provean servicios de salud para toda la población a lo largo y ancho del país, deviene que no existen igualdades de oportunidades de acceso. Y que este pilar de la SSR en el Uruguay de la década de los noventas, se viera muy débil por las pocas políticas que existieron a nivel nacional y su escaso impacto.

Con respecto a otro de los principios de la SSR encontramos a la ciudadanía, la cual muchas veces es limitado a la participación social, pero aquí se refiere al lugar que varones

y mujeres deben contar para poder autodeterminarse.

*“En Uruguay, la historia de la salud materno infantil tuvo un temprano desarrollo de políticas y programas, iniciados hacia mediados del SXX, que favoreció su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública, posibilitando el descenso de los indicadores de mortalidad infantil y de la mortalidad materna, la captación temprana del embarazo y la atención institucional al parto. Sin embargo, el desarrollo e institucionalización de un modelo materno infantil sustentado en el binomio madre-hijo, en la visión hegemónica del papel de las mujeres en tanto madres y cuidadoras de la salud familiar (...) trajo aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque. Este es un aspecto que explica, junto a los otros, la tardía definición desde el Estado de políticas y programas de abordaje integral a la SSR.” (MYSU 2008;15)*

Desde la perspectiva de salud que existía en Uruguay en la década de los noventa hasta el 2005 con la reforma de la salud, vemos que está inserta una perspectiva tradicional de la salud pública, las cuales son asistencialistas y verticales a la hora de la ejecución. Podemos encontrar que las temáticas que tratan son las basadas en la salud sexual pero solo en algunas de las áreas de la misma: planificación familiar, maternidad, infancia, y enfermedades de transmisión sexual.

La coordinación entre el Estado en general para llevar a cabo políticas desde un enfoque de SSR es fundamental, puesto que aquí entran en juego las pautas culturales, información, educación laica basada en una perspectiva de derechos. Algunas de las tensiones que podemos encontrar entre la incursión de programas de SSR y el modelo de salud asistencialista que expone López Gómez (et al), 2003 son:

El modelo tradicional es de enfoque asistencialista y la SSR se enmarca en un paradigma que incluya la participación comunitaria, prevención y promoción. Por otro lado, el modelo tradicional hace foco en el médico como actor fundamental, mientras que en el marco de la SSR se conforman equipos multidisciplinares.

Algunas de las innovaciones que requieren las políticas de SSR se tienen que dar en un modelo que fundamentalmente tenga una concepción integral de la salud, que tome en

cuenta las necesidades de varones y mujeres a través de todo el ciclo vital.

Por tanto podemos encontrar que las políticas de SSR entran en contradicción con el modelo de salud asistencialista que tenía el Uruguay, debido a que para que se profundicen estas políticas es necesario que haya otra forma de organizar la infraestructura del modelo de salud. Además de tener en cuenta que este cambio, de un modelo asistencial a uno en el cual el varón o la mujer considerados sujetos de derechos. Para ello es necesario realizar cambios a nivel cultural, los cuales están ligados a la equidad de género y a deconstruir roles asociados a los géneros que reproducen mecanismos de desigualdad.

## **Capítulo 4**

### **Consolidación en la agenda política de la SSR y cambio en el sistema de salud Uruguayo.**

#### **A) Repercusiones de la Conferencia de Población y Desarrollo Cairo+5: un nuevo marco para la profundización de la salud sexual y reproductiva.**

Las organizaciones de mujeres y feministas: MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) y CNS (Comisión Nacional de Seguimiento. Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía), concurren a la Conferencia de Población y Desarrollo “Cairo +5” realizada en 1999, en dicha conferencia Uruguay tuvo una Delegación Oficial que incluía a representantes del movimiento social, actores departamentales y gubernamentales.

Uruguay participó activamente de la reafirmación de la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), en la misma nuestra delegación expuso la necesidad de que se abordaran las nuevas problemáticas sociales en salud y derechos sexuales y reproductivos. Este hecho señala un avance importante, las organizaciones de mujeres lograron poner en agenda de esta conferencia nuevos compromisos para nuestro país en materia de SSR. Enfocándolos dentro de una perspectiva de derechos y comprometiendo a diferentes actores a profundizar acciones en esta línea.

En el año 2001 el Ministerio de Salud Pública lanzó el Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM), en este nuevo marco de compromisos que había adquirido el

Estado uruguayo

Este plan fue puesto en marcha con presupuesto asignado para desarrollarse y funcionó en diez centros de salud de primer nivel del Departamento de Montevideo, brindando el acceso a métodos anticonceptivos. Por lo cual, podemos señalar que este hecho refleja un cambio de visión del Estado respecto a políticas de SSR, las mismas se concretaron con la inclusión de nuevos servicios como las prestaciones. Otro rasgo interesante es:

*“... la tendencia a la descentralización, con transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del primer nivel, que tiene en el Programa SIM una de sus concreciones.”*  
(López Gómez 2004; 14)

Algunos de los objetivos del Programa SIM son:

*“... conjunto de acciones: captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción. Se propuso además promover la sensibilización y capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género y la formación de grupos de mujeres como estrategia socio-educativa y preventiva”* (Salud Integral de las Mujeres Usuarias del SSAE: Líneas Programáticas en construcción. SSAE –MSP, febrero 2001)

El Programa SIM ha entrado en tensión con el modelo de salud basado en el paradigma de la salud materno- infantil por algunas de las causas anteriormente expuestas. Por ejemplo: el cambio de rol de la mujer como usuaria en tanto “objeto” de la atención, a uno que la enmarcara como sujeto de derechos.

Algunos de los hitos que marcaron el punto de inflexión en las políticas públicas de SSR en Uruguay a comienzo de la década del 2000, fueron por las siguientes razones:

*“Significó un avance en la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, al incluir por primera vez en sus servicios públicos, prestaciones que superaban el tradicional paradigma de la salud materno- infantil. Implicó el fortalecimiento del primer nivel de atención, no sólo*

*mediante la ampliación de sus prestaciones, sino en especial al desafiar la cultura organizacional y el funcionamiento de los servicios, proponiendo un modelo integral de atención. Constituyó el primer paso hacia la incorporación de la atención en salud sexual y reproductiva en los servicios del MSP” (CNS 2005; 30-31)*

### **Reforma en el sector salud: El Sistema Nacional Integrado de Salud, un nuevo marco para la realización de políticas de SSR.**

Con la llegada al gobierno en el año 2005, el Frente Amplio, se propuso realizar transformaciones en el sistema de salud, el cual ya mostraba varias falencias. Para ello en el año 2005 se pone en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual abarca todos los servicios de salud tanto públicos como privados.

Su objetivo principal es *“universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema”*. (CNS, MYSU 2006; 18.)

Los tres pilares en que se basa la reforma de la salud son: modelo de atención, modelo de gestión y modelo de financiamiento.

*“El SNIS se propone cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un modelo que privilegie la atención integral y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud”* (CNS, MYSU 2006; 19)

En este escenario vemos que los servicios de la red de atención primaria se fortalecerían, implica re-pensar el rol de los profesionales de la salud, y por otro lado se trata de enfocar en el primer nivel de atención de salud con el apoyo de la creación de programas a nivel nacional y centros de atención descentralizados en todo el país.

La reforma de la salud, es un escenario más adecuado en comparación con el modelo de salud previo, para la efectivización y profundización de las políticas de salud sexual y reproductiva. Sobre todo para poder realizar de manera integral estos planes y/o programas con una visión de este concepto más allá del estrictamente vinculado a la salud.

*“Al mismo tiempo la conexión de estas infecciones con el VIH exige una*

*coordinación adecuada en la forma de abordarlas integralmente, desde el primer nivel de atención, evitando perder oportunidades en materia de estimular la prevención así como el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, superando a la vez cualquier tipo de discriminaciones. La capacitación de los equipos de salud en la correcta intervención para la prevención de estas enfermedades, es un factor sustantivo que va en la dirección, también en este plano, al cambio de modelo de atención que el Sistema Integrado de Salud se propone.” (Programa ITS-SIDA 2006)*

Los programas que comienza a desarrollar el MSP entran en coordinación con el SNIS, puesto que comienza a funcionar desde ese marco. Los planes y programas de SSR vemos que tienen la posibilidad de afianzarse, debido a que ahora están dentro de programas a nivel nacional, puede pensarse un diseño interinstitucional para la realización desde una perspectiva de salud sexual y reproductiva.

Con el cambio del SNIS, podemos encontrar un quiebre a nivel del gobierno nacional de las políticas materno-infantil que hacían énfasis en el rol de mujer-madre, desde un marco donde los planes y programas sólo hacían referencia a cuestiones vinculadas a la reproducción. Sin embargo, este cambio de modelo de salud trae nuevos desafíos para el diseño e implementación de políticas de salud.

### **Hacia un nuevo modelo de atención de salud: dimensiones en clave de equidad de género un nuevo marco para las políticas de SSR.**

Con respecto a la diferenciación de objetivos teniendo en cuenta relaciones de género, en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva que se llevaron adelante entre el 2001 y 2007 podemos ver cómo fue que se dio la incorporación de las mismas en el diseño de las políticas públicas.

En el Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (PIODNA) impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) encontramos que en sus objetivos y metas del Plan se encuentra presente esta dimensión sobre la equidad de género: “En Uruguay persisten situaciones de desigualdad y discriminación que afectan principalmente a las mujeres y esto constituye un déficit democrático.” “Desarrollar políticas públicas para la democratización de las relaciones sociales de género”

El PIODNA parte de una conceptualización en donde se hace énfasis en acciones para erradicar la desigualdad y discriminación por diversos motivos. En su exposición reafirman las diferencias que existen de distribución de poder entre hombres y mujeres.

*“El proceso de institucionalización de los mecanismos de género en la región, con las particularidades y especificidades de cada país, ha dado lugar a nuevos marcos que orientan el diseño de políticas, los cambios en la agendas institucionales y la creación de nuevas instancias, leyes y recursos relacionados con el avance de las mujeres y el logro de la igualdad.”* (Batthyány et al 2012; 31)

En las políticas públicas de salud sexual y reproductiva analizadas, que se implementaron luego de la reforma de la salud, es preciso decir que se encuentran enmarcadas en ese contexto y además comprometen al Estado a elaborar políticas que pretendan la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. Por ejemplo en el PIODNA se hace referencia también a la integración de la perspectiva de equidad de género en las políticas de educación, haciendo énfasis en la Reforma Educativa.

*“Los planes nacionales de igualdad de oportunidades impulsan, fundamentalmente, políticas de transversalidad de género. Asimismo, apuntan a conformar una matriz básica de acción con respecto a la que deberían alinearse las restantes políticas públicas.”* (Batthyány et al 2012; 31)

Esta característica trasciende a las políticas de SSR, y deconstruyen el modelo estereotipado de hombre-mujer, haciendo referencia a las desigualdades que se generan en el ámbito público como en el privado.

*“Una genuina equidad de género y una auténtica igualdad de oportunidades para todas las uruguayas son elementos claves para transitar la senda del desarrollo productivo sostenible que proponemos como proyecto responsable y realizable de país (...) Igualdad de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres y obliga al Estado a adoptar las medidas necesarias para asegurar el diseño, elaboración, ejecución y seguimiento de políticas públicas que integren la perspectiva de género.”* (PIODNA; 2007)

La visualización de diferentes condiciones y necesidades de mujeres y varones en el diseño de las políticas es sumamente necesario para observar si se considera la equidad de género en las mismas, debido a que las problemáticas pueden afectar de diferentes maneras a mujeres y varones. En este aspecto vemos que el PIONA realiza un diagnóstico y propone algunas líneas sobre las diferentes problemáticas que afrontan las mujeres uruguayas en cuanto a toda forma de discriminación y de desigualdad: la desigualdad económica en el mercado de trabajo (ante igual carga horaria y puesto menor salario), generación de condiciones para el ejercicio de los derechos humanos de todas las mujeres, políticas educativas que fomenten cambios en las relaciones de género, etc.

Se puede observar que las políticas de SSR que se diseñaron luego de la reforma de la salud, tienen en sus objetivos esta diferenciación de las condiciones y necesidades por género.

*“A ello se le agrega la dificultad -por la construcción social del género femenino- de negociar el uso de preservativo con su pareja y defender su derecho a la salud”*

(Programa ITS-SIDA; 2006)

Acerca de la visualización de las diferentes problemáticas de mujeres y varones en las políticas, se puede observar que las mismas son diagnosticadas en diferentes áreas. Con respecto a la segregación laboral, las mujeres quedan encerradas en ocupaciones de baja calidad para ello la creación de servicios y capacitación con perspectiva de género libre de estereotipos. Con respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), las mismas deben ser controladas para mejorar la salud de varones y mujeres, en especial de la SSR por el impacto que genera en mujeres, niños y niñas.

*“Enfocar esta “problemática” desde la perspectiva de género relacionando el embarazo y maternidad en adolescentes al rol de mujer-madres que impone nuestra cultura así como al rol de varón-padre también impuesto.”* (Programa Nacional de Salud Adolescente.)

Por tanto, esta dimensión que trata sobre las problemáticas por género es abordada en el diseño de las políticas, no sólo con cuestiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva, sino en un marco más general referido a construcciones culturales asociadas al género.

**Planes y programas en este período: cambios y profundizaciones en cuanto a las primeras experiencias.**

Con respecto a los elementos que componen la SSR podemos ver que con la implementación del SNIS, hay líneas que permiten la profundización de cada una de las dimensiones y subdimensiones de planes y programas de SSR.

**DIMENSIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**

- **Atención de salud de calidad, confiable y con perspectiva de género.**

*“Avance en la coordinación y complementariedad de servicios en todos los niveles de atención de la salud, integrando a las prácticas la perspectiva de género (...) Desarrollo de una política integral de Salud Sexual y Reproductiva que asegure la cobertura universal, solidaria y en condiciones de equidad para hombres y mujeres.” (PIODNA; 2007).*

En el caso del PIODNA, es interesante ver como se introduce en su diseño la visión de políticas integrales y coordinadas a nivel nacional que contemplen la perspectiva de género. Otro rasgo que tiene que ver con la atención de salud, es la privacidad y confidencialidad a la hora de diagnosticar y realizar un tratamiento de las ITS.

Otro aspecto se asocia a la conceptualización de la sexualidad, podemos ver que no está abordada desde una visión que solamente hace referencia a la misma como un aspecto biológico en la vida de mujeres y varones. La sexualidad es asociada con elementos culturales y a los derechos humanos.

*“Privacidad y confidencialidad deben ser esencialmente respetadas para evitar la discriminación y estigmatización que habitualmente origina el hecho de tener o presumirse la existencia de una ITS.” (Programa ITS-SIDA; 2006)*

*“La sexualidad es en la vida de cualquier ser humano ejercicio de derechos y respeto de los derechos del otro, gratificación, satisfacción, libertad, salud, un complejo proceso de construcción y producción socio-histórico, cultural, subjetivo y político.” (Programa Nacional de Salud Adolescente)*

El diseño de planes y programas de SSR que además de contemplar en su diseño la implementación en todo el país, realicen un abordaje teniendo en cuenta las especificidades de los diferentes territorios y las diversas realidades, le brinda al plan o programa que en el momento de su ejecución puedan tener un marco flexible para un mejor aprovechamiento del mismo en el territorio.

**Acceso a planificación familiar, decisión libre sobre la procreación, prevención y tratamiento de la infertilidad, prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual.**

El acceso a la planificación familiar y a la decisión libre sobre cuándo y cómo procrear son elementos ineludibles si queremos pensar que un plan o programa se enfoca desde una visión de la SSR.

Las acciones realizadas por el Estado en este período se plantean desde su diseño coordinadas y llevadas adelante en todo el país tanto en el sector público como privado y tendiendo a generar redes con la sociedad civil organizada.

*"Orientar al sector público y privado y a las organizaciones de la sociedad civil, en las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la adolescencia, que deberán instrumentar estableciendo alianzas intersectoriales, fortaleciendo las redes sociales y respetando las diversas realidades locales."*

(Programa Nacional de Salud Adolescente)

Sobre la prevención, control y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual; es preciso analizar que en el diseño de los planes y programas se hace hincapié en determinar poblaciones de riesgo y en los procedimientos para realizarlo.

“Control de las ITS debe ser considerado entonces fundamental para mejorar la salud de la población, en particular de la salud sexual y reproductiva por el impacto que tiene sobre mujeres y niños.” (ITS SIDA; 2007).

- **Capacidad de disfrutar de una vida sexual placentera y con libertad de decidir.**

Disfrutar de una vida sexual y placentera, está muy relacionado con una educación para la sexualidad laica y libre de prejuicios. En los planes de SSR implementados mientras se desarrollaba la reforma de la salud y se implantaba el SNIS, podemos observar que este es un rasgo esencial para el ejercicio de una ciudadanía plena.

*“La toma de decisiones en la vida sexual favorece el desarrollo de sujetos autónomos e integrales en otras áreas de la existencia y contribuye a la construcción de ciudadanías”* (Programa Nacional de Salud Adolescente)

*“Son objetivos del Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos garantizar el respeto y vigilancia de los derechos humanos de las mujeres, así como la promoción de la ciudadanía plena de las mismas”* (PIODNA; 2007)

- **Educación para la sexualidad: laica, basada en información clara y libre de prejuicios.**

En el período analizado entre 1990 y 1998 no se contaba a nivel nacional con material educativo con respecto a la educación sexual. No existían guías sobre: prevención, tratamiento de ITS, uso de métodos anticonceptivos, etc. Por tanto este tema era una gran falencia a la hora de pensar en abordajes de salud sexual y reproductiva.

Dentro del Primer Plan de Igualdad de Oportunidades (PIODNA), encontramos que este es un elemento muy importante a la hora de llevar a cabo estas políticas.

*“A pesar de que el 98% de la población está de acuerdo con la Educación Sexual, el Uruguay no cuenta aún con un programa en el sistema educativo formal (...) Realizar campañas públicas de promoción y prevención que utilicen materiales educativos y de difusión que incluyan la perspectiva de género.”* (PIODNA; 2007)

Estos objetivos, aparecen en el diseño ejemplificados en boletines temáticos para adolescentes, con alcance para todas las instituciones de salud, la utilización de los medios masivos de comunicación para difundir información. A su vez se ve la necesidad de que la información esté centralizada y sea de carácter nacional.

A su vez desde el programa ITS-SIDA vemos también la importancia que el material tenga utilidad no solamente para los pacientes en tratamiento sino también para la prevención del mismo.

*“Guías que ayuden a su mejor manejo diagnóstico, terapéutico y de prevención; con la finalidad de optimizar los resultados clínico-terapéuticos y epidemiológicos y de recordar el rol de las ITS como potenciador en la transmisión del VIH. Educar, informando en relación a la prevención y promoción de salud desde una perspectiva de género masculino/femenino.” (ITS SIDA; 2006)*

## **Capítulo 5**

### **Nuevos desafíos para la profundización de políticas de salud sexual y reproductiva en Uruguay.**

A) La ley “De Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva” avances para la construcción de la SSR.

Algunos de los antecedentes de la ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, se remiten a otros proyectos de ley que presentan modificaciones a la Ley 9.763 de 1938. En el artículo de Niki Johnson llamado “El tratamiento de la despenalización del aborto en el ámbito político- parlamentario” encontramos que hay seis iniciativas legislativas que podemos que fueron presentadas al Poder Legislativo, luego de la re apertura democrática de 1985: el primero de ellos ”Modificación de normas en caso de aborto practicado con consentimiento de la mujer” despenaliza totalmente el aborto con el consentimiento de la mujer y penaliza si se realiza sin ese consentimiento. El segundo denominado “Rapto aborto, modificación de artículos del Código Penal”, no despenaliza el aborto sino que presenta algunas modificaciones a algunos incisos en la ley vigente. El tercero, denominado “Aborto voluntario- normas” trataba de la despenalización del aborto bajo ciertas circunstancias, el cual también tenía la característica de haber sido propuesto por los cuatro partidos que tenían representación parlamentaria; sin embargo este proyecto de ley fue finalmente archivado. El cuarto de estas iniciativas de ley no llegó a discutirse y retomaba algunas de los planteos que realizaba el proyecto “Aborto voluntario- normas”.

En el 2001, se retoman los cuatros proyectos que habían sido presentados hasta el

momento. Fueron desarchivados y enviados a la Comisión de Salud Pública. Luego del estudio de los mismos en el 2002 se realizó una nueva iniciativa de ley (la quinta iniciativa sobre este tema, luego de la re apertura democrática) la cual obtuvo media sanción pero fue votado negativamente en el Senado. Por último se presentó el proyecto de ley “De Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva” en el año 2006, el cual aborda un marco general para garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva, en el cual incluye la despenalización del aborto bajo ciertas condiciones. Es importante mencionar que el paso del tiempo y la presentación de estos proyectos de ley, que trataban sobre despenalización del aborto, llevaron a que se presente más fuertemente este tema en la agenda política uruguaya, en las cuales la sociedad civil organizada jugó un papel muy importante.

*“La elaboración de un proyecto integral para la atención de la salud reproductiva no sólo buscó reflejar los compromisos internacionales asumidos por el país sino que, fundamentalmente, recogió una demanda social-histórica creciente. El debate generado, por su extensión y densidad argumentativa, permite catalogarlo como uno de los debates de mayor consistencia y participación ciudadana de los últimos años.”* (UNFPA 2009; 15)

El proyecto de ley original, tuvo modificaciones en la discusión en las Cámaras. El parlamento en noviembre de 2008, aprueba así la ley 18.426, la cual trata en su primer artículo de la responsabilidad del Estado para la realización de políticas nacionales de SSR. Esto constituye un avance, en el sentido que ya no queda a disposición de quién esté en el gobierno realizar o no políticas con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, sino que al ser aprobado por Ley adquiere otra jerarquía.

En rasgos generales podemos ver plasmado en la ley los objetivos de los programas y planes de políticas con enfoque de derechos sexuales y reproductivos que se habían desarrollado anteriormente. La ley 18.426 da un marco que va más allá de programas o políticas específicas, sino que aborda una demanda de la sociedad civil organizada y de organizaciones internacionales sobre los siguientes temas: universalización del nivel primario de atención de salud sexual y reproductiva; garantizar la privacidad y confidencialidad de las prestaciones; incorporación del enfoque de género en estas políticas; por último, promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales.

Esta ley presenta innovaciones con respecto a temáticas que eran reclamadas por el movimiento de mujeres y feministas anteriormente, por ejemplo la capacitación a docentes de diferentes ciclos del sistema educativo formal para el ejercicio de estos derechos, en clave de una ciudadanía plena. También sobre garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos.

Sobre el capítulo de la ley 18.426 llamado “de la interrupción voluntaria del embarazo” podemos ver que introduce el derecho a la interrupción del embarazo durante las primeras doce semanas, siempre y cuando la mujer alegara su voluntad de realizarlo ante un médico y de forma escrita. Fuera de estas condiciones la interrupción del embarazo solo está permitida si implica riesgo de vida para la salud de la mujer. Con respecto a las adolescentes y niñas si estas presentan permiso de sus responsables legales.

El aborto en esta ley es considerado un acto médico sin valor comercial que debe brindarse bajo las condiciones señaladas tanto en organismos públicos como privados. Sobre la objeción de conciencia, estipula que los médicos que así lo deseen pueden mediante forma escrita negarse a realizar abortos. Solo no es aplicable esto cuando se trata de casos graves y urgentes.

Este proyecto de ley fue discutido y aprobado por ambas cámaras. Cuando llega al Poder Ejecutivo el Presidente Tabaré Vázquez utiliza el recurso del veto presidencial sobre los capítulos que refieren a la despenalización del aborto. Luego se pasa a Asamblea General del Parlamento para considerar las observaciones del Ejecutivo y vemos que votan mayoritariamente en contra de las observaciones, pero no alcanzó los 3/5 requeridos.

El veto Presidencial de los capítulos referentes a la interrupción del embarazo, generó diversas controversias: primero, una ley de salud sexual y reproductiva que es aprobada sin tratar la despenalización del aborto, uno de los temas centrales a la hora de pensar desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. En segundo lugar, la utilización del recurso del veto presidencial con las consecuencias políticas que genera, habiendo sido aprobado el proyecto por ambas cámaras.

*“Representó la voluntad de ‘uno’ contra la voluntad de muchos y muchas, o más aun,*

*representó la voluntad de uno, contra la voluntad ‘pública’. Esta voluntad ‘pública’ que no se construyó de un día para el otro ni fue una acumulación de votos, ni siquiera fue la voluntad de un partido, llevó años de movilizaciones ‘desde abajo’, desde la sociedad civil. Fue un ejemplo de iniciativa ciudadana” (Moreira, 2009;62)*

El veto presidencial sobre este tema, lejos de silenciar a la sociedad civil organizada, impulsó un debate público sobre el tema que siguió estando en la agenda política del Uruguay. Con la nueva legislatura 2010-2015, se dio un nuevo lugar para la creación de un proyecto de ley que aborde la despenalización del aborto en el marco de la ley 18.426.

### **La ley n° 18.987 “Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)”**

Luego de la aprobación de la ley 18.426 de salud sexual y reproductiva y del veto a los capítulos referentes a interrupción del embarazo, se comenzó a trabajar en la elaboración de una ley que abordara este tema. En la ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el aborto es despenalizado bajo ciertas circunstancias, entre ellas se encuentra no superar las 12 semanas de embarazo y presentarse a una consulta médica en la cual la mujer deberá dar cuenta de porque desea interrumpir el embarazo.

*“Artículo 1º.(Principios generales).- El Estado garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad, tutela la vida humana y promueve el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I de la Ley N° 18.426, de 1º de diciembre de 2008. La interrupción voluntaria del embarazo, que se regula en la presente ley, no constituye un instrumento de control de los nacimientos.” (Ley 18.987)*

Existen algunos componentes de la ley que ponen una serie de mecanismos que tratan de diferentes instancias para la concreción de la interrupción del embarazo y se centra en un binomio mas bien asociado al paradigma materno-infantil que de derechos sexuales y reproductivos. En el siguiente artículo podemos encontrar una serie de posibles causas que una mujer debería de exponer cuando se presenta ante un médico y solicita interrumpir su embarazo:

*“Artículo 3º.(Requisitos).- Dentro del plazo establecido en el artículo anterior de la*

*presente ley, la mujer deberá acudir a consulta médica ante una institución del Sistema Nacional Integrado de Salud, a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.” (Ley 18.987)*

Las siguientes etapas para la interrupción del embarazo, incluyen una consulta con un equipo multidisciplinario el cual tiene el rol de informar sobre los riesgos y las alternativas a la interrupción del embarazo. Luego la mujer tendrá un mínimo de 5 días para comunicar si desea continuar con la interrupción del embarazo.

La ley prevé la objeción de conciencia en el caso de aquellos médicos/as y personal de la salud que no quieran realizar abortos, sin embargo las instituciones prestadoras están obligadas por la presente ley a garantizar el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo.

## Capítulo 6

### A- Conclusiones

En este apartado del informe, se presentan las principales conclusiones que surgen de la investigación realizada.

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994, el Estado uruguayo asume lentamente los compromisos internacionales y pone en la agenda política del Estado la temática de la salud sexual y reproductiva. De manera de pensar políticas públicas desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Anteriormente a la CIPD 1994 y luego de ella en nuestro país esta temática era trabajada y llevada adelante, fundamentalmente por movimientos de mujeres y feministas, que apostaban a un cambio de visión de las políticas implementadas hasta ese momento de salud reproductiva. Las políticas de salud reproductiva llevadas adelante por el Estado, estaban inscriptas en una concepción centrada en lo asistencial, en el binomio mujer-madre y atendían solamente algunos momentos del ciclo vital de las mujeres.

Por lo tanto eso desde esa conceptualización de la salud reproductiva, se deja de lado una visión integral de atención de salud durante los diferentes momentos de la vida, y se siguen reproduciendo los roles asociados al género.

Luego de la CIPD de El Cairo en 1996 comenzaron dos políticas públicas, con un diseño basado en los derechos sexuales y reproductivos. Uno a nivel departamental en Montevideo, llevado adelante por la Intendencia y otro llevado a cabo por el MSP pero diseñado para una población determinada.

Ambas son de profunda importancia, debido a que introdujeron una perspectiva de salud sexual y reproductiva, aunque las limitaciones fueron varias: la que refería al MSP no se llevó a cabo en todo el territorio nacional y este no era un eje de prioridad para el trabajo del Ministerio. En cuanto al desarrollado por la Intendencia de Montevideo, cuenta con una perspectiva de equidad de género y en su diseño tiene desarrollado objetivos sobre el

acceso a métodos anticonceptivos, pero estamos ante un plan que era solo de alcance departamental. Por tanto a cinco años de CIPD 1994, nuestro país estaba aún muy lejos de haber profundizado políticas desde una visión de derechos sexuales y reproductivos

Ante esta realidad las organizaciones de mujeres y feministas, lograron participar como parte de la delegación Oficial del Uruguay a la CIPD Cairo+5, en la cual en su participación explicitaron la pertinencia de que Uruguay abordara a la salud sexual y reproductiva con mayores compromisos.

A partir del año 2000 podemos visualizar una crisis entre el sistema de salud y estas políticas de SSR. El sistema de salud de ese momento era de tipo: asistencialista, centrado en el tratamiento de dolencias y no de mecanismos de prevención de las mismas. Mientras que para que los derechos de salud sexual y reproductiva se logren profundizar, es pertinente y adecuado que se lleven adelante de manera interdisciplinaria y basada en el acceso a la información para la prevención.

La salud sexual y reproductiva, tiene múltiples subdimensiones que la integran, una de ellas trata sobre el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo. La interrupción del embarazo es uno de esos temas, en el Uruguay el aborto era penalizado desde 1933 sin embargo para la población uruguaya esta es una práctica frecuente, la gravedad de este hecho lleva a que mueran mujeres debido la realización de abortos clandestinos en los cuales no existen garantías.

Las mujeres de los sectores más pobres son quienes están con mayor vulnerabilidad para realizar esta práctica. Desde el retorno de la democracia vemos que existieron diferentes iniciativas para despenalizar el aborto bajo ciertas circunstancias, estos proyectos de ley pusieron el tema del aborto en debate para la sociedad en su conjunto. Sin embargo estas iniciativas no lograron aprobarse, por diferentes motivos. Este también es un elemento que dificulta pensar en un paradigma basado en los derechos sexuales y reproductivos.

Uruguay a principios de la década del 2000 tenía compromisos internacionales enfocados a la profundización de los derechos sexuales y reproductivos, en el Programa Salud Integral de la Mujer (SIM) llevado adelante por el MSP, en su diseño logra plasmar conceptos

centrales sobre derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de equidad de género.

Con la llegada al gobierno del Frente Amplio en el año 2005, comienza a implementarse un cambio en el modelo de salud, la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), establece un marco amplio para el desarrollo de políticas de salud sexual y reproductiva. Puesto que el diseño institucional del mismo consta de interconexión entre diferentes organismos estatales, la participación de los usuarios de la salud, de movimientos de mujeres y se basa desde una perspectiva integral para llevar a cabo los planes y programas. Con un especial énfasis en la descentralización de los servicios de salud en el territorio y centrado en la prevención de problemas de salud.

Los programas y planes que se comienzan a realizar desde el ámbito Ministerial, enfocados en la salud sexual y reproductiva, son diseñados desde una perspectiva de derechos de mujeres y varones desde roles libres de estereotipos. Para ello se plantea el trabajo en redes con la comunidad y se hace hincapié en el acceso a información laica y libre de prejuicios sobre aspectos de la SSR. Los planes y programas, que se desarrollaron en esta etapa eran considerados prioritarios en el organismo y contaban con presupuesto para el mismo.

Luego de muchos años de trabajo las organizaciones de mujeres y feministas ponen en debate público una Ley en Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva, la cual es presentada por el Frente Amplio en el año 2006 y finalmente aprobada en el año 2008. Esta Ley incluye en sus objetivos un desarrollo de las diferentes dimensiones de la SSR, y mediante objetivos los viabiliza, sin dudas es un avance puesto que el Estado Uruguayo de aquí en más, tiene más allá de los gobiernos un enfoque de derechos sobre la sexualidad y la reproducción de mujeres y varones.

El proyecto presentado inicialmente no fue aprobado tal como había ingresado al parlamento fruto del veto Presidencial, esto significó sin dudas un retroceso o estancamiento de lo que es el avance de los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de equidad de género. Este hecho político generó que organizaciones de la sociedad civil retomaran para la próxima legislatura un nuevo marco para la despenalización del aborto.

Luego de intensos debates entre actores políticos y la modificación del proyecto de ley

original. En 2012 el aborto bajo ciertas circunstancias es despenalizado y el Estado insta mecanismos para brindarles a las mujeres la realización de la interrupción del embarazo. Esto sin dudas es una concreción mas desde una perspectiva de derechos de la mujer, sin embargo el proyecto aprobado cuenta con algunos mecanismos de control en el cual el aborto no es totalmente despenalizado. Por tanto las organizaciones de mujeres y feministas junto con otras organizaciones sociales, ven en esta temática un desafío aún mayor.

La salud sexual y reproductiva desde un enfoque de equidad de género en el Uruguay, fue, es y seguirá siendo parte de la agenda política del país. Puesto que para su efectiva profundización deben de producirse cambios a nivel cultural sobre las concepciones de los roles vinculados al género, de manera de lograr mayor equidad entre los mismos.

Podemos observar que en el Uruguay en los últimos veinte años se ha avanzado en la evolución de la temática, sin embargo para la profundización de las políticas de SSR es necesario una profundización en el cambio de paradigma del modelo de salud y que las mismas se encuentren en un contexto de profundización de derechos para los hombres y las mujeres, libres de estereotipos de género y enfocado en eliminar las desigualdades de género.

## **B- Bibliografía**

Anderson, J. (2006) “Sistemas de género y procesos de cambio”. En: Batthyány, K. “Género y desarrollo. Una propuesta de formación”. FCS-UDELAR, Doble clic, Ed. Montevideo.

Arriagada, I. (2004) “Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina”. En: Arriagada, I y Aranda, V. (Comp.) Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces. CEPAL – UNFPA. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.aspxml=/publicaciones/xml/5/20555/P20555.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl>

Batthyány, K. Montaña, S. (Coord). (2012) “Construyendo autonomía. Compromisos e indicadores de género”. CEPAL- UNFPA. Santiago de Chile.

Batthyány, K. (2004) “Cuidado Infantil y trabajo. ¿Un desafío exclusivamente femenino?”. Montevideo, Cinterfor-OIT. Capítulos 1 y 2. Disponible en: <http://www.ilo.org/public//spanish/region/ampro/cinterfor/publ/bathhya/index.htm>

Bourdieu, P. (2000) “La dominación masculina”. Ed. Anagrama. Barcelona. Prologo (p. 7-11) y Capítulo I: Una imagen aumentada. (p. 17 -67).

CNS Mujeres. (2006) “Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva”. Montevideo.

Corbetta, P. (2007). “Metodología y técnicas de investigación social”. Ed. Mc Graw Hill. Madrid.

Cuadernos del UNFPA. “Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción.” Fondo de población de Naciones Unidas. Uruguay. Año 3 N°4. Noviembre 2009.

Cuadernos del UNFPA. (2009) “Debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. Fondo de población de Naciones Unidas.

Jelin, E. (2007) “Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales”. En: Arriagada Irma (coord.) Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros. CEAL-UNFPA. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/31999/P31999.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl>

Kabeer, N. (1999) “*Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*”. Ed. Paidós, Género y Sociedad, UNAM, México. Capítulos 3, 8 y 9.

Moreira, C. (2009). “*La izquierda en el gobierno: Nuevos escenarios de poder en Uruguay y América Latina.*” Montevideo: Trilce.

MSP (2005) “Plan nacional de salud de la mujer y género”. Dirección General de Salud dependiente de la División Salud de la Población, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

MSP (2010). “Guía para implementar servicios para la atención de la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud”. Departamento de Programación Estratégica de Salud, dependiente de la Dirección General de Secretaría, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

MSP. “Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud”. Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

MYSU (2008) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2008, MYSU. Montevideo.

MYSU (2009) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009, MYSU. Montevideo.

MYSU (2010) Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2010, MYSU. Montevideo

MYSU (2010). “El veto del ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos”. Cuadernos “Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos”. Época 1, N°1, 2010. MYSU. Montevideo.

MYSU (2010). “El aborto en la opinión pública uruguaya”. Cuadernos “Aportes al debate en salud, ciudadanía y derechos”. Época 1, N°2, 2010. MYSU. Montevideo.

Profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas. Montevideo: MYSU.

Ley n° 18426. Diciembre 2008. “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva”.

OMS (2009). “Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana” Suiza.

Provoste, P. (2006) “Herramientas para la formulación de proyectos”. En: Batthyány, K. “Género y desarrollo. Una propuesta de formación”. FCS-UDELAR, Doble clic, Ed. Montevideo.

Saltzman, J. (1992) “Equidad y Género”. Cátedra Universitat de Valencia/ Instituto de la Mujer. Madrid. *Capítulo I: Equidad y género, una teoría integrada de estabilidad y cambio; y Capítulo II: Las bases coercitivas de la desigualdad entre los sexos.*

Scott, J. (2003) “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En: *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. M. Lamas Comp. Universidad Autónoma de México UNAM. PUEG. 3ra edición México, 2003.

Udelar. (2011). “(Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Aboradaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Colección Art.2 “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General”. Ed. Tradinco. Montevideo.

Vasilachis, I. (2006) “Estrategias de investigación cualitativa.”. Ed. Gedisa, Barcelona, España.

## **ANEXO METODOLÓGICO.**

### Operacionalización de las variables

La salud sexual y reproductiva, es definida según la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo 1994 como:

*“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud sexual y reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. (Programa de Acción Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994.)*

Como podemos ver la definición engloba dos dimensiones muy importantes, las cuales se complementan entre sí pero aluden a diferentes cuestiones, por un lado lo referente a la salud sexual y por otro la salud reproductiva.

Con respecto a la equidad de género, el concepto según el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe tiene tres pilares fundamentales: autonomía

económica, autonomía física y autonomía en la toma de decisiones. El abordaje de la autonomía física engloba los derechos sexuales y reproductivos, por tanto es imprescindible desarrollar el concepto con esta perspectiva, debido a que tratamos con políticas de salud sexual y reproductiva. Por tanto es necesario poder visualizar las diferentes condiciones y necesidades diferenciadas por género, al igual que las diferentes problemáticas que se diagnostican en materia de SSR para mujeres y varones. A su vez es relevante encontrar si en los objetivos de estas políticas hay un abordaje que tenga en cuenta las relaciones de género.

Concepto	Dimensiones	Sub-dimensiones
Salud sexual y reproductiva	Agencia sobre sexualidad (Seguridad, prevención de ETS, decisión).	Atención de salud de calidad, confiable y con perspectiva de género
		Acceso a planificación familiar, decisión libre sobre la procreación, prevención y tratamiento de la infertilidad, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
		Capacidad de disfrutar de una vida sexual placentera, segura y con libertad de decidir.
		Educación para la sexualidad laica, basada en información clara y libre de prejuicios.
	Agencia sobre reproducción (Anticoncepción, interrupción del Embarazo).	Obtenención de información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, gratuitos, eficaces, accesibles.
		Interrupción del embarazo, bajo condiciones de seguridad para quien se le realiza el aborto
Equidad de genero.		
	Simetría/asimetría en cuanto a relaciones de poder	
	Diferenciación de las realidades que existen por genero.	
	Representaciones asociadas al genero.	

### **Períodos para el análisis de la temática:**

- Primer período, comprendido entre 1990-1994,
- Segundo período, comprendido entre 1994-1998,
- Tercer período, comprendido entre el 2000-2008.
  
- Cuarto período, comprendido entre el 2008-2013.

El criterio para la conformación de estos períodos es en consonancia con los diferentes momentos que marcaron la agenda internacional por la CIPD, a su vez los mismos coinciden con puntos de inflexión en las políticas públicas de nuestro país. Con respecto al muestreo este es no probabilístico, debido a que la técnica que seleccioné no requiere de ese tipo de muestreo. En estos períodos fueron relevados: iniciativas de ley tratadas en el parlamento y políticas públicas a nivel nacional y departamental.

En cuanto al **primer período**, es interesante analizar el desarrollo de la temática respecto a la bibliografía consultada no hay o no aparecen políticas enfocadas dentro de un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, por ello es necesario poder visualizar el debate de la temática tanto a nivel gubernamental, como no gubernamental. Para dar un marco y una posible explicación del desarrollo de la temática de SSR entre 1990 y 1994. La CIPD de 1994, nos marca un punto de inflexión en la agenda internacional con consecuencias en la agenda nacional.

Sobre el **segundo período**, voy a centrar mi análisis en el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), en el marco de la Intendencia Municipal de Montevideo, este programa estaba en coordinación entre: División salud (del IMM) y la Comisión de la Mujer de la misma institución. Una de sus características fundamentales, es el grado de integralidad que tuvo este programa con respecto a tres temáticas: maternidad informada y voluntaria; prevención del cáncer genito-mamario y atención integral al embarazo y puerperio.

El Programa de Atención Integral a la adolescencia en el marco de la IMM, es otro de los programas que voy a tomar para este período. Este programa se dio en un marco inter-intra institucional, entre la Comisión de Juventud, la Comisión de la Mujer y la División Salud.

Su principal objetivo era promover relaciones de equidad de género con énfasis en la educación sexual y derechos humanos en la población adolescente.

En cuanto al **tercer período**, el mismo consiste en el análisis de:

En primer lugar, el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM), el cual constituyó un cambio en la concepción de la SSR, desarrollada por el MSP la cual amplió su cobertura de servicios con este programa.

En segundo lugar, El “I Plan de Igualdad de Oportunidades y derechos” llevado a cabo por la IMM, en el año 2002, constituye un avance en SSR puesto que constituyó sostenibilidad y ampliación de las políticas de SRR desarrollado desde la Intendencia de Montevideo.

En tercer lugar, el Programa Prioritario de ITS- Sida (2005), una política enfatizada en la promoción de salud y prevención sobre la atención integral del VIH y otras ITS, enmarcadas desde una política de estado, llevada a cabo por el MSP.

En cuarto lugar, el Programa Nacional de Salud en Adolescentes desarrollado por el MSP junto con Infamilia (del Mides), abocado a la creación de Espacios adolescentes en distintos lugares del país, capacitación del personal técnico de los servicios públicos y de jóvenes promotores y promotoras de salud.

Por último el **cuarto período**, aborda el análisis de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, el veto presidencial a los capítulos que trataban sobre interrupción voluntaria del embarazo. Posteriormente se aborda la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y su reglamentación.