

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Tensiones, contradicciones y perspectivas en  
los procesos de medicalización de la maternidad**

**Lorena Ramírez**

**Tutor: Elizabeth Ortega Cerchiaro**

**2008**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPÍTULO I:</b>	
<b>Enfoque metodológico</b>	8
Objeto de Estudio	9
Estrategia metodológica	11
Técnicas para la recolección de información	11
<b>CAPÍTULO II:</b>	
<b>Maternidad: entre la construcción histórico – social y la naturalidad y atemporalidad</b>	13
Algunos elementos del contexto: familias, fecundidad y Comportamiento reproductivo	17
<b>CAPÍTULO III:</b>	
<b>El campo de la salud</b>	21
Estrategias médico – sanitarias	24
<b>CAPÍTULO IV:</b>	
<b>Desde la reforma del Estado, el sistema de salud y políticas y programas de salud</b>	28
La reforma del Estado y el Sistema de Salud	29
Algunas transformaciones de los modelos de atención a la salud de la mujer	33
Políticas y Programas de atención a la salud de la mujer	37
Un largo proceso socio – histórico	38
Respuestas recientes y no tan recientes	41
a) Asociación Uruguaya de Planificación Familiar	41
b) Intendencia Municipal de Montevideo	43
c) Ministerio de Salud Pública	46
c.1) Programa Maternidad y Paternidad Elegida	46

c.2) Programa Mujer – Niñez – Salud Integral de la Mujer	49
c.3) Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género	52
d) Programa de acompañamiento socioeducativo a madres y padres adolescentes MSP – Infamilia	54
<b>CAPÍTULO V:</b>	
<b>Enfrentando miradas</b>	57
Entre continuidades y rupturas	58
<b>REFLEXIONES FINALES</b>	67
<b>BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA</b>	72
<b>ANEXOS</b>	78

## ***Lista de siglas***

A.S.S.E. Administración de Servicios de Salud del Estado.

A.U.P.F.I.R.H. Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana.

A.U.P.F. Asociación Uruguaya de Planificación Familiar.

B.P.S. Banco de Previsión Social.

DI.PRO.SA. Dirección de Promoción de la Salud.

F.N.U.A.P. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

I.A.M.C. Institución de Asistencia Médica Colectiva.

I.M.A.E. Institución de Medicina Altamente Especializada.

I.M.M. Intendencia Municipal de Montevideo.

I.N.E. Instituto Nacional de Estadística.

JO.C.A.S. Jornadas de comunicación, afectividad y sexualidad.

M.S.P. Ministerio de Salud Pública.

O.M.S. Organización Mundial de la Salud.

O.N.G. Organización No Gubernamental.

O.P.S. Organización Panamericana de la Salud.

P.A.I.M. Programa de Atención Integral de la Mujer.

R.A.P. Red de Atención Primaria.

S.I.M. Salud Integral de la Mujer.

S.S.A.E. Servicio de Salud de Asistencia Externa.

U.N.I.C.E.F. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## **AGRADECIMIENTOS**

- A mi madre, tía y abuela por su constante apoyo.
- A mis queridas amigas Checha, “La Negra” y Viky por todos los lindos momentos compartidos y que seguiremos compartiendo, por todo lo aprendido junto a ellas y que han hecho de mi experiencia por la facultad sumamente disfrutable.
- A Ely por su orientación, dedicación, apoyo y todas las enseñanzas recibidas a lo largo de todos los momentos compartidos y especialmente en este proceso que hizo posible esta tesis.
- A Celmira por estar siempre, por sus enseñanzas y confianza en todos los momentos que compartimos.
- A Mony, Adry y Dany por su amistad y estar siempre.
- A Paz, Belqui y Raquel por todos los momentos compartidos, su confianza y por todo lo que he aprendido y crecido a su lado.
- A todos los que de alguna manera colaboraron con la elaboración de esta tesis en entrevistas, aportando materiales, datos, etc.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente documento constituye la sistematización del estudio exploratorio acerca de las tensiones, contradicciones y perspectivas que se ponen de manifiesto en los procesos de medicalización de la maternidad, desde las diferentes perspectivas que adoptan los discursos político – sanitarios a través de la implementación de políticas y programas de atención a la salud de la mujer.

Se elaboró un conjunto de orientaciones teóricas en torno a la maternidad, el campo de la salud (funciones y bases sociales de la medicina, sistema de salud, etc.) que permitieron acercarnos a la comprensión de las múltiples determinaciones que atraviesan el objeto y a su vez orientaron el estudio.

Resultó de especial interés indagar en los procesos de medicalización de la maternidad en el período que va desde 1950 a la actualidad, debido a que durante el mismo se producen una serie de transformaciones que van desde las conceptualizaciones acerca de la maternidad, la familia donde la mujer juega un rol significativo, el papel del Estado, el Sistema de Salud y los modelos de atención.

La estrategia metodológica estuvo centrada en la combinación y cruce de diferentes puntos de vista, en la visión de diferentes informantes, y en la utilización de diversas técnicas de recolección de datos acompañando todo el proceso de investigación, con el propósito de comprender el objeto de estudio en toda su complejidad y totalidad.

El documento se estructura en cinco capítulos. El *primer capítulo* se destina al enfoque metodológico donde se describe el objeto de estudio y la estrategia utilizada. Un *segundo capítulo* donde se presenta la construcción socio – histórica de la maternidad trascendiendo aquellos enfoques que la entienden como algo natural y atemporal. En el *tercer capítulo* abordamos el campo de la salud, las funciones y bases sociales de la medicina. Luego un *cuarto capítulo* donde se analiza la reforma del Estado, el sistema de salud y políticas y programas de salud destinados a la atención de la salud de la mujer. Por último un *quinto capítulo* destinado a enfrentar los diferentes discursos de los agentes político – sanitarios en relación a los modelos materno – infantil y al de salud integral de la mujer con énfasis en la salud sexual y reproductiva.

***CAPÍTULO I***  
***ENFOQUE METODOLÓGICO***



## ***Objeto de estudio***

El presente trabajo propone profundizar en el tema de la medicalización de la maternidad, comprendiendo y aprehendiéndola en las diferentes dimensiones (política, económica, social, cultural, ideológica, etc.) que la atraviesan.

Este camino ha implicado un proceso en el cual se seleccionó el tema y se problematizó para construir el objeto de estudio. Selección que no fue al azar ni ingenua, sino que implicó un interés y un enfoque teórico que lo fundamenta. Y a pesar de que el estudio se centre en algunas de las cualidades de la medicalización de la maternidad, se mantendrá el diálogo con la totalidad y complejidad del fenómeno que es producto de múltiples determinaciones.

Es en base a lo mencionado que el objeto de estudio consiste en explorar las tensiones, contradicciones y perspectivas que se ponen de manifiesto en los procesos de medicalización de la maternidad, atendiendo particularmente al espacio político – institucional.

Resultó de especial interés indagar en los procesos de medicalización<sup>1</sup> de la maternidad a través de la implementación de las políticas y programas de atención a la salud de la mujer en el período que va desde 1950 a la actualidad. La historia de la salud materno infantil en el país tuvo un temprano desarrollo de políticas y programas, iniciados hacia mediados del siglo XX, que favoreció su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública. Asimismo, desde la década del 90, se han producido transformaciones en las políticas y programas que comienzan a perfilarse con un enfoque de género y promoción de derechos, que interactúan con una tradición y una práctica hegemónica institucional vinculada al modelo materno infantil. Pero si bien el trabajo se centrará en los aspectos significativos que se producen durante este período queremos destacar que los cambios no son lineales, sino que son procesos que se suman y conviven con lo anterior. Por ello en ciertas ocasiones se hará referencia a transformaciones ocurridas anteriormente al período de estudio, como forma de comprender y aprehender el fenómeno en su complejidad.

---

<sup>1</sup> Según Mitjavila (1998) la medicalización de la sociedad se refiere a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto de sus tradicionales dominios.

Se entiende que el campo de la salud pública implica la forma en que construyen respuestas a los problemas de salud – enfermedad de la población. Durante el período de estudio nos encontramos con fenómenos de significación como lo son la reforma del Estado, del sistema de salud y las transformaciones en lo que respecta a la atención de la salud de la mujer, particularmente en el área de la maternidad, a través de los diferentes programas. Estos caminos han experimentado cambios a través de la creación y aplicación de nuevas reconceptualizaciones y reorientaciones teóricas.

A través de la implementación de políticas y programas de atención a la salud de la mujer se anudan modelos, representaciones sociales y discursos hegemónicos o contra-hegemónicos que constituyen y/o limitan prácticas institucionalizadas. Se hacen presente en este escenario lenguajes y visiones del mundo diferentes, mientras unos estructuran sus discursos en torno de la eficiencia y desempeño del sistema en su conjunto, otros lo hacen con relación al enfoque de género y promoción de las personas como sujetos con derechos y con capacidad de decisión sobre su individualidad.

Los discursos como prácticas discursivas implican un juego de lucha y enfrentamiento permanente entre las diferentes formas de saber/poder haciéndose efectivos a través de diferentes estrategias. Pero estas prácticas discursivas no son estables y definidas de una vez y para siempre, sino que se transforman o surgen otras nuevas, pues las mismas se generan en el contexto de las estructuras e instituciones sociales (Foucault, 1978).

En esta oportunidad, es mediante el análisis de los discursos que se producen en el plano de la formulación de políticas y programas de salud por los agentes políticos – sanitarios que analizaremos los diferentes modelos y miradas que constituyen los procesos de medicalización de la maternidad para profundizar y reflexionar sobre los aspectos más relevantes de la realidad estudiada.

*“Poder y saber se articulan por cierto en el discurso. Y por esa misma razón, es preciso concebir el discurso como una serie de fragmentos discontinuos cuya función táctica no es uniforme ni estable. Más precisamente, no hay que imaginar un universo del discurso dividido entre el discurso aceptado y el discurso excluido o entre el discurso dominante y el discurso dominado, sino como una multiplicidad de elementos discursivos que pueden actuar en estrategias diferentes.” (M. Foucault, 1978:122)*

### ***Estrategia metodológica***

En función del objeto nos propusimos un estudio exploratorio y una estrategia metodológica tendiente a la recuperación, análisis e interpretación de datos pertenecientes a fuentes primarias y secundarias, buscando la comprensión del fenómeno de manera integral, cuidando sus diferentes aspectos dentro de una realidad compleja y dinámica. De acuerdo a las características de la organización del sistema de salud, optamos por obtener los datos de fuentes primarias a través de entrevistas a agentes político - institucionales de organismos e instituciones encargados de la formulación de políticas y programas de atención a la salud de la mujer. Las fuentes secundarias seleccionadas consistieron en documentos y materiales (de difusión y técnicos) producidos por el Ministerio de Salud Pública e Intendencia Municipal de Montevideo en la temática e información estadística proveniente de organismos públicos.

La estrategia metodológica estuvo centrada en la combinación y cruce de diferentes puntos de vista, en la visión de diferentes informantes, y en la utilización de diversas técnicas de recolección de datos acompañando todo el proceso de investigación, con el propósito de comprender el objeto de estudio en toda su complejidad y totalidad.

### ***Técnicas para la recolección de información***

- Revisión bibliográfica. Consistió en uno de los primeros pasos que nos permitió enriquecer la primera representación del tema y el proceso de definición del objeto. Dicha revisión también consistió en la lectura y elaboración en profundidad de fichas de diversos materiales (textos acerca de la temática, revistas, investigaciones relacionadas al estudio, etc.) mediante la cual se comienza a indagar en la temática estudiada.
- Análisis documental. Se seleccionaron y sistematizaron documentos de interés para el estudio. Se relevó inicialmente materiales educativos, de difusión y técnicos elaborados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y por la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) referidos a las políticas y programas de salud de la mujer, deteniéndose particularmente en aquellos dirigidos a la temática de la maternidad.

- Entrevistas en profundidad a autoridades ministeriales e informantes calificados. El objetivo que las mismas persiguen es conocer la percepción y representación, lo que se dice sin decir, los implícitos y los supuestos (teóricos e ideológicos) que los diferentes actores poseen acerca de la medicalización de la maternidad a través de la implementación de las políticas y programas dirigidos a la atención de la salud de la mujer. Con ello esperamos poner en evidencia que el escenario de la medicalización de la maternidad es complejo y múltiple, que en el mismo residen una pluralidad de puntos de vista coexistentes y a veces incompatibles.

En ese mismo sentido Bourdieu (1999:9) afirma que:

*(...) no basta con explicar cada uno de los puntos de vista captados por separado. También hay que confrontarlos como ocurre en la realidad, no para relativizarlos dejando actuar hasta el infinito el juego de las imágenes cruzadas sino, muy por el contrario, para poner de manifiesto, por el mero efecto de la yuxtaposición, lo que resulta del enfrentamiento de visiones del mundo diferentes o antagónicas: es decir en ciertos casos, lo trágico que nace de la contraposición, sin posibilidad de concesión ni compromiso, de puntos de vista incompatibles, por estar igualmente fundados como razón social. "*

**CAPÍTULO II**  
**MATERNIDAD:**  
**ENTRE LA**  
**CONSTRUCCIÓN HISTÓRICO - SOCIAL**  
**Y LA**  
**NATURALIDAD Y ATEMPORALIDAD**

Mujeres y varones se constituyen en sujetos en y a través de la interacción y vinculación con otros seres humanos, y ya antes de nacer, vienen precedidos por un universo simbólico propio de la cultura a la cual pertenecen. Este universo simbólico posee y propone un conjunto de valores, creencias y hasta mitos sociales que se reproducen a través de los discursos de los diferentes agentes (discursos científicos, religiosos, políticos, etc.) instituyendo un conjunto de argumentaciones, o sea un conjunto de "*significaciones imaginarias sociales*" (Castoriadis, 1987).

Estas significaciones forman parte constitutiva de la sociedad e impregnan sus instituciones (familia, escuela, trabajo, etc.), y las mujeres y varones, al participar en ellas, las incorporan a través de complejos procesos dándoles sentido a sus actos, orientando y dirigiendo sus vidas y sus prácticas. Para Castoriadis (1987), estas significaciones no son lo que los individuos se representan, pero sí permiten la emergencia de las representaciones, afectos y acciones de una sociedad dada.

Los diferentes ámbitos de la vida de mujeres y varones no escapan a estos procesos de producción de subjetividad que incluso los preceden, asignándole un lugar que está esperándolos como dispositivo de socialización constructor de individualidades funcionales a la matriz cultural. Las significaciones que subjetivamente se atribuyen a la realidad vivida son el resultado complejo de una trama que anuda en la mujer y en el varón lo colectivo con lo singular, el devenir cultural con la historización del sí mismo, las macro representaciones con las fantasías conscientes e inconscientes (Amorín, Carril, Varela; 2006).

En esta misma línea señalamos, que:

*"las significaciones que configuran el imaginario social acerca de la maternidad, no son el resultado directo de la maternidad biológica, pero como señala Tubert (1996) son el producto de una operación simbólica que le da significado a la dimensión materna de la feminidad y por ello, son portadoras de sentido."* (Amorín, Carril, Varela; 2006: 148)

A partir de la capacidad reproductiva de las mujeres, casi todas las culturas han identificado a la mujer, a la feminidad, con la maternidad. Pero la reproducción de los seres humanos no se agota en los procesos fisiológicos que tienen lugar en el cuerpo de la mujer, sino que es un fenómeno más complejo y que incluye otras dimensiones, además de la biológica.

La dimensión biológica de la maternidad es la que ha permitido el control social de la fecundidad y la sexualidad de las mujeres y se ha utilizado para mantener y reproducir a través de estrategias y prácticas discursivas, su posición

subordinada en la sociedad. Estas normas y mandatos han constituido con una gran fuerza y eficacia la figura de la mujer en torno a la de la madre.

*“La lógica del funcionamiento del aparato reproductivo invade el campo de las relaciones sociales entre los géneros cuando estas relaciones instituyen la maternidad como equivalente “natural” y único de la vida de las mujeres, desconociendo los aspectos políticos, económicos y culturales que gobiernan esta institución”.* (Checa y Rosenberg, 1996 apud Amorín, Carril, Varela; 2006: 149)

Como sostiene Fernández (1993) el ocultamiento de la mujer como sujeto por una de sus funciones posibles – la maternidad – es el fundamento de la ecuación mujer=madre, produciéndose un deslizamiento de sentido de una gran eficacia simbólica.

A partir del siglo XVIII – y ya desde casi dos siglos atrás – se produjeron en Occidente una serie de cambios sociales, entre ellos los cambios en los modos de producción, la noción de Estado, el surgimiento del concepto de nación, la redefinición y jerarquización de sus instituciones, el paulatino decaecimiento del poder secular y la transformación de las familias. Una de las consecuencias de estos cambios fue la redefinición de los espacios sociales – público y privado – delimitando y adjudicando saberes, funciones y formas de legislar diferentes. (Amorín, Carril, Varela; 2006)

En esta misma línea Fernández (1993) plantea que estos cambios produjeron nuevas significaciones que transformaron las mentalidades y produjeron nuevas formas de subjetividad. El espacio público será el ámbito del saber racional a cargo de especialistas, y el privado será donde las mujeres organizarán sus saberes de forma empírica, ligada a la experiencia. Es a su vez el ámbito donde las tareas se sostienen no por una retribución material sino por el amor, que sacraliza así las prácticas, especialmente las de maternidad.

Es en este marco, que la figura de la madre adquiere centralidad y a la maternidad se le incorporan nuevos deberes que van más allá de la gestación, el alumbramiento y la lactancia. Se amplifican y magnifican el papel y función de las madres: deberán ser las “guardianas del hogar”, responsables del cuidado, el desarrollo emocional y la formación intelectual de los hijos. Este encargo social de reproducir y cuidar el capital humano de la sociedad, trae consigo la adjudicación del poder afectivo sobre la prole, poder que la cultura idealiza y en un mismo

movimiento deslegítima, ya que será en el espacio público, ámbito del logos y la racionalidad, donde circulará el poder relativo al dinero, la política y el trabajo como productor de riqueza. (Amorín, Carril, Varela; 2006)

El pensamiento occidental debido a la capacidad biológica para la procreación de la mujer la ha ubicado del lado de la naturaleza y al hombre del lado de la cultura. Produciendo esto un imaginario social en el que las mujeres “por naturaleza” desearán ser madres, con un gran poder reductor: todos los deseos de las mujeres son sustituidos por el deseo de hijo, y homogeneizante: todas las mujeres tendrían una misma identidad creada por la maternidad (Tubert, 1996 apud Amorín, Carril, Varela; 2006).

Creada así la figura de la madre, se le adjudican atributos “por naturaleza”: ternura, paciencia, capacidad innata de amor a sus hijos, altruismo, renuncia a sus intereses priorizando los de los otros, ausencia de hostilidad, atributos que a su vez definen lo femenino, reduciendo de ese modo la maternidad a la feminidad. Se configura así un ideal de maternidad, cuyo apartamiento produce tensiones, conflictos en las propias mujeres.

*“La maternidad como meta suprema, prueba definitoria de la pertenencia al género femenino, garantía de su feminidad, conlleva las exigencias de altruismo, abnegación y sacrificio. Compleja red de sentimientos, fantasías, comportamientos que se suponen siempre presentes y determinados exclusivamente por la biología. Cuando la maternidad se convierte para una mujer, en la única actividad que sustenta su narcisismo, dificultades, conflictos conscientes e inconscientes respecto de la función, afectan su narcisismo y se sentirá mala madre, fallante.” (Carril; 2000:44)*

Estos procesos han llevado a que la maternidad se haya instituido como misión natural de la mujer – a partir de sus posibilidades gestantes –, siendo uno de los ideales y eje fundamental de la subjetividad femenina. La identificación con este ideal permite a las mujeres acceder a lo que Tubert (1991) llama una identidad ilusoria, ya que proporciona una imagen falsa y totalizadora, pero que brinda seguridad ante las incertidumbres, ya que parece responder en forma definitiva a todas las preguntas que sobre sí mismas se hacen las mujeres.

Los cambios sociales y culturales que han tenido lugar desde mediados del siglo XX tienen como uno de los actores principales a las mujeres, quienes han venido ganando espacio en el ámbito público a partir de su ingreso al mundo del trabajo y el acceso masivo a la educación. Sin embargo, estos cambios no han sido



iguales para todas las mujeres, dependiendo esto de la clase social a la que pertenezcan, la edad, la orientación sexual y de religión, etc. Y a pesar de que la maternidad ya no es el único ideal que la cultura le propone a las mujeres, las representaciones que llamamos tradicionales y hegemónicas coexisten a veces de manera contrapuesta, con otras alternativas, tanto en la sociedad como dentro de la propia subjetividad de las mujeres.

### ***Algunos elementos del contexto: familias, fecundidad y comportamiento reproductivo***

La familia en las sociedades occidentales desarrolladas ha vivenciado, en el último siglo, una serie de cambios que afectan su propia institucionalidad como tal, modificando desde la propia formación de la familia hasta las formas de participar en ella, llevando a que incluso se cuestione la propia existencia de la misma. Estos cambios con cierto rezago temporal se comienzan a vivenciar en nuestra propia sociedad. (Amorín, Carril, Varela; 2006)

Desde fines del siglo XIX y principios del XX las mujeres uruguayas se han caracterizado por iniciar el control y la reducción de la fecundidad, acontecimientos vinculados a las transformaciones propias de la primera transición demográfica.<sup>2</sup>

En este proceso de primera transición demográfica de la sociedad uruguaya intervinieron también una serie de factores culturales, sociales, y económicos que lo hicieron posible tan tempranamente. Según Barrán y Nahum (1979) estos tienen que ver con: el impacto cultural de la inmigración europea sobre un territorio escasamente poblado; la incorporación temprana al modelo occidental; una urbanización precoz que ha llevado a que el 91 % de la población sea urbana; la actividad económica basada fundamentalmente en la ganadería extensiva que no genera alta demanda de mano de obra; el reparto latifundiarío de la tierra que ha impedido el desarrollo de una población rural (que suele adoptar mayores niveles de reproducción).

Según el estudio de Varela, Pollero y Fostik (2008) este contexto contribuyó a que las mujeres tempranamente adoptaran pautas de comportamiento que les posibilitarán controlar su reproducción y alcanzar a mediados del siglo XX un modelo de familia pequeño (alrededor de 3 hijos por mujer).

---

<sup>2</sup> Mientras que la mayoría de los países de América Latina iniciaron las transformaciones de la primera transición demográfica a partir de 1960.

El descenso de la fecundidad, que se inició en el novecientos hasta 1960, ingresó a partir de esta década en un período de cuarenta años de estancamiento, que incluyó períodos de estancamiento. Otros factores que aportan a la comprensión del estancamiento en el descenso de la fecundidad desde la segunda mitad del siglo XX en adelante son: las brechas en el comportamiento reproductivo en intensidad y calendario entre las mujeres de diferentes áreas geográficas, los niveles educativos de las mujeres, las condiciones sociales y económicas.

También cabe señalar, las sucesivas crisis económicas por las que atravesó el país, que llevaron a un incremento de la pobreza que alcanzó en el año 2002 a un 31% de la población total (INE, 2002), y contribuyeron según las autoras al “empobrecimiento de la reproducción”. Esto refiere a la presencia de un mayor peso en la reproducción biológica intergeneracional de la sociedad concentrada en los sectores con menos recursos económicos (mujeres en condiciones de necesidades insatisfechas), contribuyendo a la reproducción e infantilización de la pobreza.<sup>3</sup>

Esto ha dado lugar a la convivencia de modelos demográficos distintos. Uno de ellos corresponde a mujeres que tienen una descendencia final propia de una primera transición demográfica no acabada, con un comportamiento de tipo tradicional, un inicio más temprano de la trayectoria reproductiva (20 años en promedio) y un número elevado de hijos. El otro modelo corresponde a procesos característicos de la segunda transición demográfica (que en Uruguay comienza a desarrollarse aproximadamente desde 1980), con pautas de comportamiento reproductivo de tipo moderno, con un bajo número de hijos por mujer y un calendario de fecundidad más tardío, donde la maternidad no es el único proyecto de vida. (Cabella, 2006; Varela, 2007)

En este escenario de cambios en la familia encontramos una serie de elementos que constituyen indicadores que hacen referencia al fenómeno de la segunda transición demográfica.

*“Estos se refieren a cambios en la fecundidad, en la formación y disolución de las uniones, en la durabilidad de las mismas y al incremento de la cohabitación sin la legalización de las uniones. Los cambios en la modalidad de la familia son un fenómeno clave para identificar a la segunda transición demográfica: la edad al matrimonio se retrasa, los vínculos matrimoniales son*

---

<sup>3</sup> Las mujeres en condiciones de necesidades básicas insatisfechas son las que se reproducen con niveles muy superiores a la media y promedian con los bajos niveles de las mujeres de los sectores medios. (Paredes y Varela, 2005)

*menos estables y duraderos, los divorcios aumentan de forma sustantiva, las uniones consensuales se generalizan. A ello se agrega la difusión de los anticonceptivos, el incremento de la fecundidad en edad adolescente (en la primera etapa de este proceso) y la disminución de la fecundidad en el resto de las edades, situándose ésta en su totalidad por debajo de los niveles necesarios para el reemplazo de la población". (Van de Kaa, 2002 apud Varela, Pollero y Fostik; 2008:36)*

Estas transformaciones y otras afectaron el modelo de familia nuclear - conyugal en la cual la edad y el sexo constituían y constituyen todavía criterios para jerarquizar las relaciones intrafamiliares.

También cabe señalar, que la segunda transición demográfica, se diferencia de la primera, en la autonomía individual y la emancipación de la mujer, generando esto cambios en la familia y el significado de la maternidad. Este proceso está unido a la conquista de una mayor democratización de las relaciones entre mujeres y varones y equidad en la distribución de roles y responsabilidades de los mismos. Todo ello orientado a la valorización de un proyecto de vida, más centrado en el desarrollo profesional y la inserción en el mercado laboral que en la maternidad y las relaciones familiares. (Paredes, 2003)

Como mencionábamos anteriormente, hacia 1980 se comienzan a observar en la sociedad uruguaya indicadores propios de la segunda transición demográfica. El porcentaje de matrimonios formales disminuye, aumentan los divorcios, la edad media al matrimonio y las uniones libres. Sin embargo, la fecundidad total se mantenía elevada para el nivel previsto en un proceso de segunda transición demográfica. Es a partir del año 2000 que el nivel de la fecundidad retoma lentamente una tendencia a la baja, alcanzando en el año 2004 un nivel por debajo del mínimo necesario para reemplazar a la población (Tasa Global de Fecundidad 2.08)<sup>4</sup>. También a partir de 1998, la fecundidad en edad adolescente comienza a descender, aspecto que contribuye al descenso de la Tasa Global de Fecundidad.<sup>5</sup> (Varela, Pollero y Fostik; 2008)

---

<sup>4</sup> Tasa global de fecundidad es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumpliera con dos condiciones: a) durante su período fértil tenga sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y b) no estuviera expuesta a riesgo de mortalidad desde su nacimiento hasta el término de su período fértil.

<sup>5</sup> La transición demográfica continúa en las últimas dos décadas a pesar del estancamiento económico registrado. Las explicaciones de este proceso son complejas, aunque es posible señalar que un factor que está incidiendo son los programas de salud sexual y reproductiva focalizados a sectores sociales de bajos recursos. Estos han permitido a las mujeres de bajos recursos y con acceso deficitarios a la educación, un mayor control e independencia entre la sexualidad y la reproducción. También se desataca el modelo de desarrollo, que sin mejorar las condiciones de vida

La disminución del número de hijos que tienen las mujeres reduce el tamaño de la familia y contribuye a disminuir el trabajo doméstico y el tiempo que los padres dedican a la crianza de sus hijos. Sin embargo, dado que los cuidados continúan estando mayoritariamente a cargo de las mujeres, la reducción de la cantidad de hijos les posibilita insertarse en la esfera extradoméstica, y desarrollar un proyecto de vida donde la maternidad ocupa sólo una parte de su vida.

Como señalábamos estamos ante la presencia de distintos modelos reproductivos en nuestro país, asociados con comportamientos referentes a la primera y segunda transición demográfica. Mientras algunos sectores sociales se encuentran vivenciando procesos característicos de la segunda transición demográfica, particularmente, los bajos niveles de fecundidad, la postergación de los hijos y la tenencia de los mismos en alta proporción por fuera del matrimonio legal; otros sectores de la población no han culminado aún la primera transición demográfica (sectores de menor nivel educativo y peores condiciones de vida).

Este escenario repercute en una gran heterogeneidad en los arreglos familiares tanto en lo que respecta a su composición como a su funcionamiento. Las altas tasas de divorcio, el aumento de los hogares con jefatura femenina y el incremento de las relaciones consensuales nos colocan frente a una nueva realidad, en la cual la conformación y perdurabilidad de la pareja y las formas de convivencia y de relacionamiento entre adultos y entre éstos y los jóvenes, adquieren nuevos perfiles. Los roles tradicionales se ven desafiados por esta realidad.

---

de los sectores más carenciados, promovió un modelo de familia pequeño (dos hijos) y nuevas actitudes y pautas de comportamiento dirigidas a un mayor control de la reproducción. (Varela, Pollero y Fostik; 2008)

***CAPÍTULO III***

***EL CAMPO DE LA SALUD***

En las sociedades contemporáneas nos encontramos con que el campo de la salud<sup>6</sup> es un territorio complejo e impregnado de discursos, representaciones y prácticas diversas.<sup>7</sup> Siendo la medicina una de las más poderosas esferas de control social (Urbach, 1978), en tanto se basa en el conocimiento e intervención sobre el cuerpo, la vida y la muerte de los individuos.

Según plantea Mitjavila (1998) con el término medicalización suele designarse:

*“la creciente intervención de la medicina (Illich, 1987) y del Estado (Foucault, 1977) en diversas áreas de la vida humana. La medicalización implica la ampliación ideológica y técnica de los parámetros dentro de los cuales se codifican, en términos de salud y de enfermedad (Menéndez, 1985) problemas que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a las prácticas médico – sanitarias.”*

El saber y la práctica médicas, así como otros factores de tipo socio – políticos y económicos llevaron a la medicalización de un sin fin de procesos que atraviesan las mujeres, como por ejemplo: el embarazo, la prevención de la natalidad, de la mortalidad, del aborto y amplios aspectos que tienen que ver con el rol de madre que juegan las mujeres. Cumpliendo así, un papel significativo en lo concerniente a la construcción social de lo femenino.<sup>8</sup>

La medicina se ha apropiado, interviene en todos los rincones de la vida cotidiana de las personas<sup>9</sup>. A lo largo de este proceso continuo se ha ido

---

<sup>6</sup> Tomando los aportes de Bourdieu (1999) entendemos el campo de la salud como el lugar en el cual se juegan las posiciones relativas que ocupan los distintos agentes involucrados y las relaciones que entre los mismos se establecen y, al mismo tiempo, comprendiendo las formas de conformación de la subjetividad, es decir, la constitución del habitus. Siendo el habitus un conjunto de disposiciones duraderas que determinan la forma de actuar, sentir o pensar de los agentes.

<sup>7</sup> En esta línea Mitjavila (1998) menciona que la medicina contemporánea se destaca por un alto grado de complejidad originada entre otras cosas por: una importante división jerárquica del trabajo; una creciente especialización funcional de las esferas que la componen; y un conjunto de conexiones también complejas con otros aparatos institucionales, tales como los órganos de gobierno, los organismos internacionales y las principales agencias estatales vinculadas a la gestión de problemas sociales.

<sup>8</sup> La sociedad uruguaya entre 1900 y 1930, según Barrán (1992), se medicaliza. Siendo esa medicalización fruto final de un triple proceso: el nivel de atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico. Se convierten entonces en objetos de intervención acontecimientos como el embarazo, el parto, la lactancia materna, el cuidado de los hijos/as, etc.

<sup>9</sup> Siguiendo a Agnes Heller (1972), entendemos la vida cotidiana como una práctica ideológica cultural, característica de una formación social dada que constituye una auténtica producción de significados. Es el ámbito privilegiado donde opera el proceso de internalización que tiene como resultado la reproducción de esa forma de vida, así como la de los sujetos que la viven y su actitud

estableciendo en múltiples aspectos de la vida como la autoridad legítima para opinar e intervenir; dicha legitimidad está inscrita en el proceso histórico de decaimiento de instituciones que anteriormente cumplían con funciones sociales similares, en especial la religión<sup>10</sup>. Para estudiar la génesis de este fenómeno debemos remontarnos al comienzo de la modernidad, contexto marcado por la creciente racionalización de la vida y por lo tanto de la legitimidad del conocimiento científico-racional. Es en este proceso que la medicina científica obtiene la legitimidad de poder trabajar sobre la enfermedad y luego sobre la salud, y especialmente la tarea de establecer los límites entre ambas y de establecer qué es lo normal y qué lo patológico. Pero estas definiciones científicas y por lo tanto con pretensiones de neutralidad encubren otra realidad.

Según Mitjavila(1998), basándose en Foucault, el factor que históricamente ha impulsado los procesos medicalizadores es la necesidad de ejercer un control sobre los individuos, buscando ajustar sus conductas a los modelos de normalidad y salud que previamente se definen. El objetivo sería establecer mecanismos que faciliten la reproducción de los estilos o modos de vida y valores dominantes de una determinada cultura o sociedad.<sup>11</sup>

El elemento que otorga poder, autoridad y que legitima a la medicina es su saber profesional. Pero este saber, según plantea la autora, está acompañado de una autoridad cultural que permite que las definiciones de la realidad y los juicios de significado médico obtengan el privilegio de convertirse en válidos y verdaderos por el simple hecho de ser enunciados por ellos. Esta es la base sobre la cual se extendió la autoridad social de la medicina. Por medio de la misma es que la medicina ha logrado establecerse en otros ámbitos en los que antes no participaba.

---

ante ella. Muchos de los hechos de la cotidianeidad aparecen mimetizados y vividos como naturales. El mundo cotidiano no es individual, sino básicamente intersubjetivo, ya que es compartido por grupos semejantes en tanto que desarrollan sus tareas y acciones, en el mismo escenario. El mismo es percibido como inamovible, y como mencionamos anteriormente natural. Ese mundo de lo cotidiano, que se comparte con otros (familia, amigos, vecinos, etc.), que viene dado desde la historia y se proyecta hacia el futuro, condiciona la forma de vida de los sujetos. Forma de vida que no es natural, entonces, sino producto de una formación social en un momento histórico dado. Esta forma de vida implica determinados hábitos, costumbres, modos de vincularse con otros, que sin duda tienen que ver con la calidad de vida del sujeto individual y de su comunidad.

<sup>10</sup> Barrán (1995) plantea que el poder que ejercía el sacerdote en el gobierno de las conciencias individuales, es sustituido por el poder hegemónico de los médicos, el cual comenzó a afianzarse en nuestra sociedad como estructurador de los comportamientos de los individuos.

<sup>11</sup> Según la autora, la participación del saber médico en la modelización de los estilos o modos de vida, constituye una ventana apropiada para visualizar las bases sociales y los resortes institucionales de la medicalización del espacio social.

Es posible visualizar entonces, cómo su discurso ya no toma como marco únicamente problemas de naturaleza biológica sino también social. De este modo la práctica médica cotidiana transmite determinadas pautas de conducta como normales o adecuadas y sanciona otras. Estos elementos se observan por ejemplo, en lo que se refiere a los hábitos alimenticios, vivencia de la sexualidad, crianza de los hijos, etc.

Por lo tanto, la medicalización resume una modalidad bajo la cual las prácticas discursivas desarrolladas en el campo médico – sanitario revelan que “(...) la salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumentos de la socialización de los individuos”. (Foucault, 1976:154)

Por otra parte, la medicalización puede referirse a las funciones de reemplazo y complementación de otras competencias institucionales, a través de la creciente intervención de la medicina en fenómenos entendidos como “conductas desviadas” y que eran abordados por el derecho y la religión. También puede referirse a la expansión de la medicina por apelación a criterios de prevención, o sea la ampliación del conjunto de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Estos asumen el papel de norma invasora de la vida cotidiana de las personas en la medida en que la mayor parte de sus facetas (alimentación, ocio, trabajo, etc.) pasan a ser juzgadas conforme a ellos. (Crawford, 1980 apud Mitjavila y Echeveste, 1992:10)

Como mencionábamos, la medicalización además de delimitarse en función de los fenómenos que abarca, puede analizarse en relación con los tipos de funciones sociales que desempeña. Las mismas son llevadas adelante a través de estrategias, o sea orientaciones del saber y la práctica médicas caracterizadas por la focalización de problemas o situaciones de salud individual o colectiva. Ello implica que las mismas se desarrollen a través de “*modelos - dispositivos funcionalmente ligados a otras áreas del espacio social*” (Mitjavila; 1998:12).

### ***Estrategias médico - sanitarias***

Según el estudio de Mitjavila (1998) la medicina a través de su intervención técnica o político - sanitaria desarrolla tres tipos de estrategias: punitiva, arbitral y disciplinaria, articulándolas con esferas institucionales más amplias.



El desarrollo de *estrategias punitivas* en el campo de la medicina remite al conjunto de prácticas técnico – políticas orientadas a sancionar en forma negativa, fundamentalmente a través de mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento, las conductas “socialmente desviadas” o que representan amenaza o riesgo para la sociedad. Es una estrategia de control social que encuentra su expresión en las “instituciones totales”, por ejemplo los manicomios.

Las *estrategias arbitrales* comprenden el conjunto de procedimientos destinados a emitir juicios o dictámenes acerca de atributos individuales de diversa naturaleza. Son prácticas que tienen como fin habilitar o restringir a las personas para acceder al desempeño de roles y de condiciones sociales. Son ejemplo de este tipo de estrategia los dictámenes médicos en el ámbito forense y la expedición de certificados de aptitud laboral.

Las *estrategias disciplinarias* hacen referencia al conjunto de mecanismos que ejerce el Estado para llevar adelante una “vigilancia panóptica”, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, para regular sus conductas. El desarrollo de estas estrategias implica el protagonismo de la “disciplina – mecanismo” (Foucault, 1987), en tanto forma de relación social que se apoya en la existencia de parámetros de ejercicio de la libertad individual basados en coerciones sutiles, o sea en una exterioridad supuestamente internalizada o internalizable.

Este conjunto de estrategias no tienen por qué darse en forma independiente, comprenden funciones sociales que involucran y trascienden la estructura interna de la práctica médica, debido a que se sitúan en el plano de las conexiones entre medicina y contexto social.<sup>12</sup>

En esta línea, el discurso médico sanitario expresa y co-construye cada proceso de medicalización. Surgiendo cada objeto discursivo de la interrelación de fuerzas y acontecimientos heterogéneos: instituciones, estructuras y coyunturas sociales, económicas y políticas, normas técnicas de clasificación, etc. (Foucault, 1983).

---

<sup>12</sup> En esta línea nos encontramos con que uno de los cambios operados en el conocimiento médico tiene que ver con la incorporación como concepto y dispositivo la cuestión del riesgo. La lógica del riesgo (la justificación de la intervención médica en nombre de la probabilidad y no de la certeza de que ocurra un daño en la salud) estaría estimulando el desarrollo de estrategias disciplinadoras de naturaleza predominantemente intelectual en procesos de medicalización. Estas estrategias se caracterizan por intervenir en la socialización de los individuos mediante formas de interacción que privilegian el autocuidado. (Mitjavila, 1998).

Sostiene Mitjavila (1998) que en todo proceso de medicalización, el saber médico se caracteriza por su función normalizadora, a través del ejercicio de un poder legitimado en función de sus objetivos manifiestos (cura real o imaginaria) y de sus bases cognoscitivas (técnico – científicas).

Para que la maternidad pueda ser medicalizada es preciso que la misma sea clasificada, evaluada, caracterizadas sus funciones en términos de normalidad – anormalidad. Normalizar implica instituir modelos y pautas de conducta frente a la enfermedad como a la salud.

En este sentido, Canguilhem (1986) menciona que el criterio de normalidad del saber médico es de naturaleza axiológica y no estadística. Siendo en base a esto que el saber y la práctica médica instituyen normas y que la medicalización de un objeto no depende de su carácter estadísticamente “desviado”.

La normalización es el vehículo de la medicalización que permite ejercer un control sobre los individuos. Y es en este sentido, que para la sociedad capitalista desde comienzos del siglo XIX el *“cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica”* (Foucault, 1977).

Los fundamentos sociopolíticos de este tipo de normalización son de tres clases. En primer lugar, la medicalización de problemas relativos a las condiciones de vida de las clases subalternas, constituyendo un mecanismo facilitador de la reproducción social de la fuerza de trabajo.

*“Se recurrió a la medicina como a un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna”* (Foucault, 1992: 114)

En segundo lugar, la normalización medicalizadora es un pilar de la *“economía política de la medicina”*, en tanto *“la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros”* (Foucault, 1976). Un ejemplo de esta clase la encontramos cuando se medicalizan objetos en nombre de la prevención de enfermedades, cuando en realidad lo que se trata es de reducir costos de la atención médica de sectores de la población insolventes.

*“La salud en la medida en que se convirtió en objeto de consumo, en producto que puede ser fabricado por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros – los enfermos posibles y reales – adquirió importancia económica y se introdujo en el mercado”.* (Foucault, 1992: 115)

Por último, la medicalización representa un campo socializador, en tanto se legitiman elementos de los universos simbólicos que integran el sistema de dominación (Berger y Luckmann, 1991 apud Mitjavila; 1998: 8).

*“El discurso médico tiende así, en forma creciente, a dar cuenta de una nueva moral del cuerpo, a través de un sistema de códigos que establecen, entre otras cosas, distinciones entre lo normal y lo anormal, y un conjunto de dispositivos normalizadores de la conducta humana respecto a dichos parámetros”.* (Mitjavila y Echeveste; 1992:12)

La medicina constituye una esfera de socialización de los individuos, basada en su legitimidad social para desarrollar esta función y, a su vez, es un agente institucionalizador de representaciones simbólicas que trascienden lo somático (anatómico – fisiológico) de la salud y la enfermedad. Trasciende lo somático cuando medicaliza diferentes aspectos de la condición social de la mujer en relación a la maternidad en términos de valoración social. Siendo ejemplo de ello cuando las referencias en términos de valoración social se hacen con respecto a la postergación del cuidado de la mujer para cumplir con los cuidados del niño/a, cuando el cuidado de la salud familiar recae fuertemente en la mujer, etc.

También es posible señalar que los procesos de medicalización varían de acuerdo a las estrategias que orientan la práctica médica y al espacio de institucionalización al que se haga referencia. La medicalización de la maternidad no es un rasgo propio de la medicina, ella tiene fundamentos sociales intra y extra disciplinarios.

En esta oportunidad se hace referencia al espacio político – institucional, que se lo puede ubicar a grandes rasgos como mediador entre el sistema político y la medicina clínica. Por un lado, el papel de los agentes político – sanitarios se orienta a prevenir, administrar, regular, controlar, etc. los problemas de salud de interés para el Estado tendientes a asegurar la reproducción de determinadas condiciones para el desarrollo de la sociedad. Por el otro, canalizar esas directrices, desde el punto de vista técnico, bajo la forma de políticas, programas, normas y de otros dispositivos de regulación de la actividad de los efectores de salud.

Sin embargo es posible señalar, que la institucionalización de la autonomía médica para desarrollar su propio discurso en torno a diferentes aspectos de la vida de las mujeres constituye la principal fuente de medicalización de la maternidad.

***CAPÍTULO IV***  
***LA REFORMA DEL ESTADO,***  
***EL SISTEMA DE SALUD Y***  
***POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD***

## ***La reforma del Estado y el Sistema de Salud***

Nos encontramos con que Estado, Sistema de Salud y políticas y programas mantienen un diálogo permanente. Los diferentes enfoques de reformas se sitúan en el contexto económico nacional, privilegiando las variables macro – económicas en la definición de estrategias, políticas y programas de atención a la salud. Debido a que las inversiones en salud tienen efectos directos e indirectos en el desarrollo económico para el país.

*“La salud de la población es inseparable del sistema económico, político y social de una determinada realidad histórico social: el sistema (o sector) de salud está condicionado en su estructura, por las mismas fuerzas sociales que condicionan la estructura económica. La salud es un subproducto de tipo de desarrollo socio – económico y cultural. La salud no es determinante del desarrollo, sino que el desarrollo económico es determinante de la salud en relación dialéctica. Sin embargo, también es cierto que existen “ventajas” económicas de la salud, para el sistema. A mayor salud colectiva, mayor productividad y menor inversión en programas de salud” (Blanco, Portillo, San Martín; 1991: 72)*

Desde la crisis del Estado de Bienestar<sup>13</sup> y a lo largo de las últimas décadas se hacen visibles una serie de transformaciones que muestran nuevos escenarios socio - económicos.

*“El agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, el estancamiento económico que se verifica desde fines de la década del sesenta, y el modelo regresivo que impulsó la dictadura uruguaya, contribuyeron al empeoramiento de los niveles de calidad de vida de los uruguayos, que hacia los cincuenta se perfilaba como uno de los mejores de América Latina.” (Moreira 2001:183)*

La crisis de estancamiento del capital, modifica las condiciones que le daban sustento al Estado de Bienestar, dando lugar a su cuestionamiento, el mismo ya no es más sostenible y debe ser reemplazado. La fórmula de “economías en transición” sirvió para designar estas reformas orientadas al mercado que comenzaron a ponerse en práctica en la década del 70, con lo que se dio en llamar la “primera generación de reformas”. Con posterioridad a la transición democrática (1985), el

---

<sup>13</sup> Se asocia al Estado de Bienestar con aquel Estado que, en su gestión política y económica, asoció la propiedad privada y social, el desarrollo económico y los derechos sociales, políticos y culturales, el mercado y la intervención estatal en áreas prioritarias. Fue un Estado regulador de la economía que, en oposición al Estado actual, veló por la correspondencia entre objetivos económicos, políticos y sociales. (De Martino, 2001)

Uruguay ha comenzado a procesar sus reformas de “segunda generación” (o institucionales): la reforma de la seguridad social, de la educación, de la gestión administrativa del Estado, y de la salud entre otras. (Moreira, Setaro; 2002)

Es hacia la década del 80 que alcanza predominio el neoliberalismo, donde propone un “ajuste estructural” significando una serie de adaptaciones de la economía nacional a la mundial. En los países periféricos este ajuste consiste en la reducción del déficit fiscal y del gasto público, políticas de privatización, apertura a capitales internacionales. Es en esta década donde se comienza a observar un desfinanciamiento del sector público, provocando un deterioro en la calidad de los servicios prestados. Es en este contexto de retraimiento del Estado que surgen políticas públicas que ponen énfasis en la privatización, la descentralización y la focalización. Las mismas entendidas como decisiones que apuntan al bienestar social son impregnadas por valores y criterios de mercado dando lugar a esta nueva modalidad de políticas, que promueven una mercantilización de lo social. Entendiéndose ahora a las mismas como decisiones que tienden a cubrir las necesidades mínimas de los sectores más carenciados.

Es en este contexto donde se sustenta la reforma del Estado, con sus rasgos atípicos con respecto a otros países de la región. La misma es considerada por Moreira (2001) como una conjunción de elementos que la hacen estar basada en el gradualismo y la heterodoxia. Según la autora, este gradualismo se debe a que el país inició el proceso de reforma tempranamente, hacia 1985 el Uruguay era el país que más había avanzado en las reformas en el continente. Con respecto a la heterodoxia, manifiesta que no hay un proceso de ajuste estructural que implicara un proceso tendiente a la disminución del gasto público. Esto se debe a la estructura política, no solo de los partidos políticos, sino también de los agentes sociales – como las gremiales médicas - que a través de la “democracia directa”, modificaron el curso de la reforma.

Desde comienzos de los años 80, el Uruguay experimentó una importante reorientación de los discursos médico sanitarios y de las tecnologías bio-políticas dirigidas a la familia. Desde la salida de la dictadura y con la reinstalación de la democracia, los distintos gobiernos han venido desarrollando como política de salud la descentralización de los servicios de atención dentro del MSP. Esto queda fuertemente acentuado con la creación de la Administración de Servicios de Salud

del Estado (ASSE) en 1987 a fin de ejercer la administración de los establecimientos de atención médica del MSP como organismo desconcentrado y aún dependiente. Estos gobiernos comienzan un proceso de reforma de las políticas públicas, como hemos mencionado anteriormente, orientadas a mejorar la gestión pública, aumentar la productividad de los servicios y racionalizar el gasto. Es en este marco que el MSP a través de sus políticas, ha procurado aumentar su eficiencia y eficacia, manteniendo su deber de asegurar el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad y eficiencia aceptables. Es en este proceso de reforma que se plantea en el año 1999 una revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central y la descentralización de los hospitales del Ministerio.

El sistema de salud uruguayo se ha caracterizado por ser mixto, contando por un lado con un sector público y por otro con un privado<sup>14</sup>. El sector público está destinado a la atención de salud de la población de bajos recursos económicos, mientras que el sector privado está dirigido a la atención de salud de la población de recursos medios y altos.

---

<sup>14</sup> En nuestro país el sistema de salud se compone de un *sector público*: que comprende el Ministerio de Salud Pública (MSP), con sus funciones de rectoría, normatización, control y asistencia; servicios brindados por otros Ministerios (Defensa, Interior, Trabajo y Seguridad Social, Educación y Cultura), Entes Autónomos, Banco de Previsión Social y Banco de Seguros (con oferta de asistencia ante accidentes de trabajo), Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas, servicios de salud municipales. El sector público provee cobertura a un 48% de la población total, procedente de los sectores de menores recursos, a través de una amplia red de servicios, con especial énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención. Ha sido, históricamente el sector pionero en la implementación de programas preventivos, sobre todo en el área materno – infantil. Por otro lado el *sector privado* es responsable de la atención de un 52% de la población, a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), empresas que brindan seguros parciales de salud, Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son empresas públicas o privadas que realizan algunos de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pagos a través del Fondo Nacional de Recursos), Sanatorios y Clínicas privadas y residencias para ancianos. El carácter de los servicios es casi exclusivamente asistencial, con grandes diferencias en la calidad de las prestaciones.

El mismo se organiza en tres niveles de atención<sup>15</sup> dando lugar a diferentes modelos de atención a la salud, los cuales implican tener en cuenta que los mismos otorgan validez a determinados conocimientos y prácticas. A su vez llevan consigo una conceptualización de lo que es salud y lo que es enfermedad, cuáles son sus causas y cómo se modifican esos estados. Implica también modelos de prácticas organizadas en determinados servicios con determinadas características, llevadas adelante por profesionales formados para trabajar en esos servicios. A partir de un modelo de atención establecido, se configura el tipo de organización de los servicios de salud.

A partir de la asunción del presente gobierno en 2005 se plantean cambios, siendo uno de los principales la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, financiado a través de un Seguro Nacional de Salud de cobertura universal. El sistema de salud que se está empezando a implementar trae consigo, según las autoridades, cambios en el modelo de atención a la salud. Considerando que el anterior modelo tiene un enfoque que posee baja integración, privilegia la recuperación de salud frente a la promoción, prevención y rehabilitación y está más preparada para la atención de episodios que de procesos; el nuevo modelo se propone evitar la fragmentación existente, potenciar el rol de rectoría del MSP, fortalecer y reorientar al sistema y a los servicios de salud en aquellos componentes de equidad, eficacia, eficiencia, sostenibilidad y gobernabilidad. Se plantea conforme a esto fortalecer el primer nivel de atención llevando adelante programas enmarcados en un esquema de promoción, protección, diagnóstico y tratamiento

---

<sup>15</sup> Los mismos, según Villar (2003), se distinguen según el grado de complejidad creciente, contando con tecnología apropiada para cada uno. El *primer nivel de atención* es la base del sistema, ya que si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, en él se pueden resolver no menos del 80 % de los problemas de la salud de la población. La atención en el mismo debe estar orientada hacia los principales y más frecuentes problemas de salud de la población. Sus funciones son: la vigilancia epidemiológica, la educación y la investigación. Se implementa a nivel organizacional a través de centros de salud y policlínicas. El *segundo nivel de atención*, por otro lado, está integrado por consultorios de especialidades y por los hospitales, que cuenten al menos con las especialidades básicas. Este nivel incluye a hospitales departamentales y zonales del Ministerio de Salud Pública, centros hospitalarios de Sanidad Militar y Policial, de Entes Autónomos, y a la mayoría de los hospitales dependientes de las Instituciones de Asistencia Colectiva. Por último, el *tercer nivel de atención* está integrado por hospitales o servicios de alto nivel de complejidad. El mismo está conformado por el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", por los Hospitales Maciel, Pasteur y Pereyra Rossell y por algunos Servicios instalados en Hospitales del MSP en el interior del país, o en el sector privado no lucrativo.



precoz y rehabilitación. Para ello se pretende llevar adelante una planificación participativa por parte de todos los actores involucrados.<sup>16</sup>

### ***Algunas transformaciones de los modelos de atención a la salud de la mujer***

Los cambios del sector salud, que se inscriben en la reforma del Estado entran en diálogo directo con los diferentes modelos de atención a la salud de la mujer. Estas transformaciones van acompañadas de nuevos enfoques conceptuales y discursivos. Y si bien nos centraremos en los aspectos significativos que se han dado desde mediados del siglo XX, es preciso tener presente que los cambios no son lineales, sino que son procesos que se suman y conviven con lo anterior.

Es así que la “primera generación de reformas”, que estaban centradas fundamentalmente en la provisión de servicios y en el sector salud<sup>17</sup>, encuentra sus bases en los discursos sanitarios hegemónicos: el discurso del Estado de Bienestar y el discurso de la Atención Primaria en Salud. (Standing, 2000)

Según Arroyo (1997) el discurso del Estado de Bienestar incluye la equidad en términos de cobertura, el modelo médico hegemónico<sup>18</sup>, el enfoque hospitalario – céntrico, la organización sectorial por sistemas y subsistemas, la seguridad social laboral, el subsidio vía oferta, la planificación normativa y el modelo de gestión burocrática. Por otro lado el discurso de la Atención Primaria en Salud está centrado en la promoción y la prevención, la descentralización, la participación social y la medicina de tecnología adecuada.

Este complejo contexto de reformas entra en juego con factores que marcaron y hegemonizaron el terreno de la definición de políticas y programas dirigidos a reconocer y potenciar el papel de las mujeres y su colaboración al desarrollo de los países. Este enfoque denominado por Moser y Young (1991) como Mujer en el

---

<sup>16</sup> Algunos de los cambios a nivel general del modelo de salud que se están implementando tienen que ver con la territorialización y el sistema de gasto y financiamiento. En otro nivel, la descentralización de ASSE adquiere un doble significado. Por un lado, el de carácter estructural y organizacional, un servicio descentralizado que procura separar la labor de brindar en forma integral servicios de atención de todo el sector público de la salud, de la responsabilidad de gobierno del sector que es competencia exclusiva del Ministerio de Salud Pública. Por otro, contribuir al proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud de carácter mixto y que sea capaz de llevar adelante un nuevo modelo de atención integral, de cobertura universal al servicio de la población.

<sup>17</sup> Según Standing (2000), la primera generación de reformas incluye básicamente mejoras en el gerenciamiento de los sistemas de salud; reformas del sector público; costo – efectividad de las intervenciones; contención del gasto; descentralización y trabajo con el sector privado.

<sup>18</sup> Según Menéndez (1984) el modelo médico hegemónico está caracterizado por el biologicismo, la a-historicidad, concepción del individuo como a-social, el desconocimiento del saber no técnico, mercantilismo y eficacia pragmática.

Desarrollo, se tradujo en el campo de las políticas salud, mediante el desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar. La jerarquización del papel de la madre, fortaleció la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos, también en lo que respecta a la salud.

El enfoque Mujer, Salud y Desarrollo, sostiene De los Ríos (1995), es el marco que sustenta el Modelo Materno Infantil y los programas de nutrición de corte asistencialista, dirigidos a las mujeres pobres, cuya finalidad principal se centra en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención al “binomio madre – hijo”, estando ausente la participación del varón en el ejercicio de la paternidad. Esto ha contribuido a fortalecer un rol masculino que no incluye el hacerse cargo de aspectos vinculados a la planificación familiar y al cuidado de la salud del núcleo familiar.

Este proceso de medicalización de la maternidad, que tuvo un temprano desarrollo desde mediados del siglo XX en Uruguay, tanto en el sector público como privado, experimentó una importante aceleración a partir de 1970. El desarrollo de programas de atención materno – infantil impulsados por organismos internacionales como OMS y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), así como los emprendidos por los gobiernos, ha colocado bajo una fuerte vigilancia médica (preventiva y asistencial) a las prácticas y la vida cotidiana de las mujeres, especialmente de aquellas pertenecientes a sectores urbanos de menores recursos.

Las normas que regularon la atención materno – infantil en el Uruguay desde 1988 instituyeron una amplia gama de competencias de los médicos como: prevenir, tratar, controlar, educar, etc., en áreas que van más allá del cuerpo de la mujer, estas tienen que ver con estructuras y procesos sociales (estructura, organización y funcionamiento de la familia, condiciones psicoafectivas, condiciones socio – económicas y culturales, ejercicio de la maternidad, etc.). (Mitjavila y Echeveste, 1992)

La satisfacción de necesidades prácticas de las mujeres (servicios de salud materno infantiles, atención del embarazo, parto y puerperio, etc.) no fueron acompañadas (o si lo fueron, de manera contradictoria) de estrategias de transformación de su condición de género. Se han manejado en este escenario tres supuestos implícitos: que la función principal de la mujer es la maternidad, que las mujeres son receptoras pasivas del desarrollo y que la crianza y la función de

cuidado de la familia es su principal aporte al desarrollo. (López, Benia, Contera, Güida; 2003)

También es posible señalar, que según el estudio de Mitjavila y Echeveste (1992) el acceso al consumo de bienes y servicios sanitarios es menor en los estratos sociales más bajos, que la estigmatización diagnóstica se torna más arbitraria a medida que desciende el status social de la usuaria y que la relación médico-usuaria se torna más asimétrica cuanto mayor es la distancia social entre ambos.

El discurso médico – sanitario con relación a las diferentes funciones que desempeñan las mujeres en el ejercicio de la maternidad, se caracteriza por la construcción de estereotipos en los cuales estas funciones son promovidas diferencialmente según la clase social a la que pertenezca la madre.<sup>19</sup>

Esta función reproductora de las desigualdades de clase ejercida por la medicina implica la ejecución de lo que Foucault (1987) denomina disciplina - mecanismo, en la medida que se establece un tipo de relación social entre profesional y usuaria, en la cual los espacios de libertad de la mujer frente a las funciones de la maternidad son el resultado de coerciones sutiles, o sea de una exterioridad internalizada o internalizable.

Otro componente normalizador del saber y la práctica médicas construido en torno a la maternidad consiste en proporcionar un sustrato institucional para la producción y reproducción de las desigualdades de género<sup>20</sup>. Esto tiene que ver con la naturalización de las funciones que desempeñan las mujeres, en virtud de su sexo, o sea, se legitima a partir de bases biológicas. Pero la maternidad es una construcción socio – histórica, va más allá de la dimensión biológica, entran en juego aspectos políticos, económicos y culturales.

Encontramos que la experiencia y la investigación permitieron construir una mirada diferente en cuanto a la salud de la mujer, pasando de tenerse en cuenta sus necesidades prácticas a sus necesidades en términos de intereses (necesidades

---

<sup>19</sup> Se emplea el término clase social en el sentido de designar sectores sociales según su posición con relación al consumo de servicios de atención médica.

<sup>20</sup> Llamamos género al conjunto de respuestas dimórficas y puestas en discurso que la cultura ha propuesto para explicar las diferencias bioanatómicas entre hombres y mujeres. Respuestas que están determinadas por las significaciones de lo masculino y lo femenino, que comprenden en todas las sociedades prescripciones y prohibiciones acerca de lo esperado para cada uno de los sexos. Estas significaciones - representaciones – forman parte de nuestra subjetividad y se hacen intrapsíquicas a través del otro/a desde que el ser humano llega al mundo. (Amorín, Carril y Varela; 2006)

estratégicas). Distinción que permitió según Moser y Young (1991) analizar las políticas de salud en lo que respecta a las mujeres. Mientras que las necesidades prácticas se derivan de las necesidades de las mujeres de cumplir con los roles asignados por la división sexual del trabajo (centrados en los roles domésticos y de crianza), las necesidades estratégicas (intereses) cuestionan la posición de las mujeres en la sociedad.

Cabe señalar que hacia la década del 80 comienza a construirse una nueva perspectiva, en la cual se focaliza el papel de la salud como criterio de equidad entre mujeres y varones (enfoque Género, Salud y Desarrollo). Esta mirada permitió realizar un análisis de-constructivo de la división sexual del trabajo (segregación de funciones según se sea mujer o varón), introducir el análisis del poder entre mujeres y varones y la construcción socio – histórica de lo femenino y lo masculino.<sup>21</sup> (López, Benia, Contera, Güida; 2003).

Sin embargo, a pesar de lo anteriormente mencionado, la medicalización de la maternidad se ha mostrado crecientemente significativa para las mujeres, fundamentalmente a partir del desarrollo de dos tipos de enfoques de la salud femenina empleados por la medicina. Uno de ellos corresponde al tratamiento de la mujer en función de sus capacidades reproductivas, cuyas expresiones materiales suelen estar dadas por el embarazo, el parto y los cuidados del niño/a. Es en la naturalización de estos acontecimientos donde residen las bases ideológicas de la configuración de patrones de normalidad que rigen la práctica médica. El segundo tipo de enfoque relevante en la medicalización de la vida de las mujeres consiste en la psicologización de lo somático en mayor medida que para la población masculina. (Doyal, 1991 en Mitjavila y Echeveste, 1992)

Las diferenciaciones sexuales entre mujeres y varones han servido como justificación para la producción de desigualdades sociales y subjetivas, dando como resultado un sistema de dominación y de desiguales relaciones de poder. Según Bourdieu (2003), la importancia reconocida a los hombres se sustenta en la objetividad de las estructuras sociales y de las actividades productivas y reproductivas, y se basa en una división sexual del trabajo de producción y

---

<sup>21</sup> El enfoque de género en salud permite analizar el papel diferencial que varones y mujeres juegan en la producción cotidiana de la salud – enfermedad, en la producción de saberes no técnicos y en el sistema del cuidado doméstico de la salud.

reproducción biológica y social, que confiere al hombre la mejor parte y es una de las formas de expresión de la violencia simbólica.<sup>22</sup>

Las relaciones de género delimitan territorios sociales y culturales, que asignan espacios, responsabilidades, actividades y recursos diferenciales para mujeres y varones. (Geldstein y Pantelides; 2001)

Nos encontramos con que a pesar de haber variado las formas de expresar la medicalización de la maternidad para cada contexto y período histórico, los diferentes enfoques de atención a la salud de la mujer, particularmente en lo referente a la maternidad, se caracterizan por constituir una muy sutil y poco visible modalidad de control social.

Para Mitjavila y Echeveste (1992) el discurso y la práctica médica no producen aisladamente, ni reproducen de manera mecánica estereotipos maternos, sino que se caracterizan por co-construir el mapa de esferas y agentes que participan en la configuración de relaciones de género asimétricas.

*“El discurso médico no es cualquier discurso. La medicina no es sólo el arte de curar; es también meditación sobre el sufrimiento, la vida y la muerte. Los médicos no sólo hablan de su especialidad; hablan permanentemente de la vida, la sociedad, los valores, diciéndonos así como tenemos que vivir, sufrir, gozar, parir, enfermar, morir.” (Fernández, 1993:60)*

### **Políticas y programas de atención a la salud de la mujer**

A continuación desarrollaremos las políticas y programas dirigidos a la atención de la salud de la mujer, haciendo hincapié en aquellos elementos que juegan un papel significativo en la medicalización de la maternidad. Si bien el estudio se centra en el período que va desde 1950 a la actualidad, como hemos mencionado anteriormente, creemos pertinente detenernos en algunos aspectos que se produjeron con anterioridad al período seleccionado, en el entendido de que los cambios no son lineales, sino que son procesos que se suman y conviven con lo anterior y nos permitirán comprender y aprehender el fenómeno en su complejidad.

---

<sup>22</sup> Bourdieu (2003) define la violencia simbólica, como la violencia que es amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, y que se ejerce en nombre de un principio simbólico conocido, admitido tanto por el dominador como por el dominado.

### ***Un largo proceso socio - histórico***

Según Sapriza (1999), en las primeras décadas del siglo XX, simultáneamente a la consolidación de una sociedad de clases medias, aspectos característicos de la introducción a la modernidad del país, se postuló un “nuevo modelo de familia” y un nuevo rol para la mujer, con menos hijos a los que debía atender en su salud y educación para garantizar su sobrevivencia.

La maternidad comenzará a ser vista y valorizada en función de la capacidad de la mujer para la crianza de los hijos, y ya no en razón de la capacidad para parir hijos. La ecuación mujer=madre traerá aparejado el supuesto de a menos hijos mejor madre, debido a que los podrá cuidar mejor.

También señala Sapriza (1999) que el aborto, se presenta como el principal regulador de los nacimientos. Menciona que tan extendida debe haber sido su práctica que se registra ese hecho excepcional en el contexto latinoamericano, la despenalización del aborto en 1934 (la prohibición establecida por el Código de 1889, de todas maneras, no habría impedido que el aborto fuera práctica común anticonceptiva). Despenalización que se concretará hasta el año 1938, año en el cual se aprueba la Ley vigente N° 9763 que tipifica el aborto como un delito en todas sus causales con atenuantes en algunas circunstancias.<sup>23</sup>

*“Cuando este debate llegó a la discusión parlamentaria, se produjo algo singular: se convirtió en un tema político. (...) La reproducción fue investida de su verdadera dimensión política. Nunca antes quedó tan en evidencia que población, política y razones de estado estaban en un mismo paquete. Y que las mujeres, en su calidad de reproductoras de la especie eran consideradas como una simple función de esas variables. (...) tener menos hijos se insinuaba como una meta a lograr, pero no se legitimaba el deseo propio de las mujeres. Ellas fueron destinatarias de un discurso contradictorio, en que el Estado y los médicos tuvieron una incidencia decisiva”* (Sapriza; 2002:1-4)

---

<sup>23</sup> Un acontecimiento reciente importante lo constituye el proyecto de ley sobre Salud Sexual y Reproductiva presentado por la bancada femenina de la Cámara de Representantes, cuyo artículo 4 incluía nuevamente la despenalización del aborto. Este proyecto ha sido vetado por el Presidente de la República en el mes de noviembre del presente año y la Asamblea General no lo ha podido levantar debido a que no llegó a alcanzar el mínimo de votos necesarios para tal acción. Cabe señalar lo significativo de la forma en la que llevó adelante el veto el Presidente de la República. Si bien siempre se supo su posición ante el tema, llegado el momento del veto solo necesitaba la firma de uno de los ministros del gabinete, siendo público que el Ministro de Turismo y Deportes estaba dispuesto a hacerlo, sin embargo solicitó la firma de la Ministra de Salud Pública. Dos aspectos se tornan significativos aquí: que la Ministra de Salud Pública es mujer y que es de conocimiento que ha trabajado a favor de los derechos de la mujer.

Otro elemento a tener en cuenta es la Ley de Asignaciones Familiares votada en 1943. Si bien el objetivo central de esta Ley fue atender a diversos aspectos de la seguridad social del trabajador, a los servicios de asignación familiar y hogar constituido se agregó todo un sistema de atención materno - infantil mediante la utilización de varios sanatorios adquiridos para tal fin.<sup>24</sup>

Señala Varela (2004) que como resultado de estos procesos, a través de la restauración de la penalización del aborto en 1938 y de la progresiva disolución de los efectos del Régimen de Asignaciones Familiares, el estado fue siendo crecientemente omiso en la aplicación de normas y medidas que atendiesen a la salud sexual y reproductiva de la población.

A su vez en este contexto nos encontramos según Varela (1997), con que Uruguay asistió a cambios en las formas de control de la fecundidad dado que la marcha de las sociedades desarrolladas hacia el "birth control" encontró en los últimos años de la década de 1950 el "arma absoluta" con el perfeccionamiento y la comercialización de los anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos. Si bien estos métodos anticonceptivos, al comienzo encontraron una gran resistencia, se fueron imponiendo progresivamente e interviniendo en lo que concierne a la iniciativa y el control de la concepción. La píldora y el DIU son métodos anticonceptivos de iniciativa femenina anticipada, pudiendo las mujeres decidir de antemano la cantidad de embarazos a los que se exponen o que buscan, así como el período en que prefieren tener hijos. El control de la concepción pasa entonces a quedar en manos de la mujer: el cambio cualitativo que introducen los métodos modernos de anticoncepción se basa, en la limitación anticipada de la maternidad y por tanto se pasa de evitar los hijos a desear un hijo. Esta transformación, se afianza durante la década de 1970, se realiza en una profunda interacción con el cambio de la condición de la mujer en las sociedades occidentales, marcada por su incorporación masiva al mercado de trabajo y a los niveles más altos del sistema educativo. Sin embargo dista mucho aún, para que la

---

<sup>24</sup> El Régimen de Asignaciones Familiares nació en la órbita para estatal. Su dirección estaba a cargo de un Consejo Central de Asignaciones Familiares, integrado por representantes del Poder Ejecutivo, los patronos y los obreros. Tenía cobertura nacional a través de una red de cajas, autonomía estatal y se sostenía con los aportes obreros y patronales. En la dictadura el sistema fue absorbido por el Banco de Previsión Social (BPS), perdió autonomía, no hay representación patronal ni obrera por rama (la representatividad se da a nivel del directorio del BPS, incluyendo también a los pasivos). En la post dictadura se redujeron los montos asignados y el número de los beneficiarios del régimen. A partir del presente año 2008 la Asignación Familiar se ha reforzado con el Plan de Equidad con el propósito de que en 2009 el 100 por ciento de los hogares pobres acceda a ella.

responsabilidad y la decisión sobre la concepción y la separación de la misma del ejercicio de la sexualidad sean compartidas y asumida igualitariamente por mujeres y varones.<sup>25</sup>

La generalización de los anticonceptivos modernos juega un papel significativo respecto al control de la reproducción y a la independencia respecto al ejercicio de la sexualidad, sin embargo no acceden a ellos por igual todos los sectores sociales y sólo se puede considerar como elemento que interviene en el descenso posterior a los '60. Con anterioridad a ello y desde fines del siglo XIX el control de los nacimientos estuvo dado por: la abstinencia, el coitus interruptus y la interrupción del embarazo por el aborto. (Varela; 1997)

Otros elementos intervienen con lo que respecta a la adopción de un modelo de tamaño de familia pequeño o de bajo número de hijos deseados del cómo se logra el control de la reproducción. Como dicen Barrán y Nahum (1979): "*la temprana urbanización y europeización de hábitos y mentalidades a través de la inmigración*" jugaron un papel importante en la construcción de una racionalidad respecto al número ideal de hijos que dio como resultado un modelo de familia pequeño.

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

---

<sup>25</sup> Como mencionábamos, en términos globales en la primera mitad del siglo XX los niveles de fecundidad descienden de seis a tres hijos por mujer. Los factores que intervienen en este proceso son de distinta índole: grado de urbanización, años de educación de la mujer o el hombre, formación de uniones, valoraciones respecto al tamaño de la familia, condicionantes socio – económicas y culturales, etc. Sin embargo este proceso no es homogéneo en toda la sociedad ni en todos los grupos étnicos. (Varela; 1997)



Si bien hay antecedentes, es posteriormente a la restauración democrática, en la década del 90 y como consecuencia de la visualización de ciertos fenómenos como problema social (incremento de la fecundidad adolescente y la reproducción de la población en condiciones carenciadas) y del accionar de fuerzas externas e internas que estos temas volverán a ser tenidos en cuenta por actores políticos y sociales y se comenzarán a instrumentar políticas y programas al respecto.<sup>26</sup>

Se está aquí en presencia, como se mencionaba anteriormente ante la “segunda generación de reformas”, donde algunos de los componentes de la primera generación mantienen su vigencia, pero se amplía el enfoque al incorporar la focalización en las necesidades y demandas de la población, la cooperación con actores sociales y la salud como parte de la agenda contra la pobreza. (Standig, 2000)

### ***Respuestas recientes y no tan recientes:***

Si bien se mencionaba que es partir de la restauración democrática que se comenzarán a instrumentar políticas y programas dirigidos a la atención de la mujer, donde se observa un mayor grado de atención a la salud sexual y reproductiva, encontramos antecedentes al respecto.

#### ***a) La Asociación Uruguaya de Planificación Familiar<sup>27</sup>***

A partir de la segunda mitad de la década del 60, y en el marco de una tendencia internacional hacia los países del Tercer Mundo de desarrollar políticas de población con un perfil de control de la natalidad, los servicios de planificación familiar se brindan a través de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), institución privada con personería jurídica desde el año 1967. En ese mismo año, el Ministerio de Salud

---

<sup>26</sup> Nos encontramos con diversos factores externos e internos que repercuten en las políticas públicas y programas de atención a la mujer. Entre los de carácter externos tenemos: a) las repercusiones de la Conferencia Mundial de Población de el Cairo 1994, donde el gobierno uruguayo se compromete a implementar medidas que posibiliten el acceso de la población a servicios de salud sexual y reproductiva; b) el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. En el plano interno se destacan: a) las presiones de la sociedad civil crecientemente organizada y representada por ONG; b) el interés del gobierno municipal de Montevideo, que a partir de 1990 pasa a manos de fuerzas de izquierda, más atentas a las demandas de las organizaciones sociales, c) el reciente accionar de las mujeres legisladoras de los distintos partidos políticos, las cuales forman una red de mujeres parlamentarias que promueve y lleva adelante una serie de proyectos de ley relacionados con los temas de género. (Varela, Carmen; 2004)

<sup>27</sup> Los datos fueron extraídos del estudio realizado por López, Benia, Contera y Guida (2003) y de la entrevista realizada al Director de la AUPF.

Pública (MSP) aprueba la creación del consultorio de AUPFIRH y la coordinación con la División Higiene y Asistencia del propio ministerio. Se asignan locales, se designan recursos humanos y materiales y se describen los cometidos esenciales de dicho consultorio y laboratorio de investigación. También las autoridades ministeriales deciden que los suministros (en particular los métodos anticonceptivos) ingresen al país con carácter de donación para dicha asociación.

Según palabras del Director de la institución:

*“El objetivo y la misión fundamental son el cuidado de las personas, de la salud sexual y reproductiva y de la planificación familiar; sobre la base de que es un derecho humano básico, que las personas cuiden de su salud sexual y reproductiva y fundamentalmente se impulsa la maternidad y paternidad responsable, que es otro punto clave del desarrollo de nuestras actividades”.*

Cabe mencionar que algunas filiales de la AUFIRH (desde 1993 denominada AUPF) funcionaban en locales de Salud Pública (Centros Hospitalarios, Centros de Salud, Policlínicas) de Montevideo e Interior del país.<sup>28</sup> Si bien se integraban a los locales de los servicios públicos, no funcionaban en relación de dependencia con las direcciones de los mismos. La Asociación recibe los suministros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (en inglés IPPF) y refiere los controles de calidad a dicha Federación. La AUPF, operando dentro de las instalaciones del MSP, suministraba métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según asistencia privada y pública. La situación socio – económica de las usuarias define el cobro en los servicios públicos, existiendo criterios para la gratuidad del servicio.

*“En la actualidad no, durante muchísimos años la asociación cumplía servicios en el Hospital Pereira Rossell y se brindaba un importante apoyo a las mujeres que asistían allí y al sector salud. Esto se ha discontinuado, (...) como consecuencia de la reforma del sector salud y las nuevas perspectivas”.*  
(Director AUPF)

También la asociación lleva adelante según su Director:

*“(...) distintas actividades de capacitación para médicos ginecólogos y también se realizan actividades y talleres de capacitación para docentes y estudiantes. (...) También anualmente se realiza un curso sobre Salud Sexual y Reproductiva que tiene una duración de tres meses para preparar lo que denominamos Promotores Jóvenes en Salud Sexual y Reproductiva. (...) Se tratan varios temas como enfermedades de transmisión sexual, etc. y se brinda capacitación e información. Todos los años egresan aproximadamente entre cuarenta y sesenta jóvenes, que la idea es que a posteriori en sus*

---

<sup>28</sup> Desde que el MSP comienza el proceso de suministro de métodos anticonceptivos la AUPF comienza a dejar de brindar ese servicio dentro de las instituciones del sector público.

*distintos ámbitos de trabajo y actividad la capacitación adquirida la puedan multiplicar y diversificar”.*

Si bien la Asociación desarrolla algunas actividades que tienen que ver con una mirada más integral de la salud sexual y reproductiva, su accionar está fuertemente centrado en el suministro de métodos anticonceptivos. Y en este sentido creemos que hasta los años 90 el Estado Uruguayo entendió que con este Programa se resolvía la salud reproductiva de la población.

### ***b) Intendencia Municipal de Montevideo<sup>29</sup>***

En el año 1996 surge el *Programa de Atención Integral de la Mujer* (PAIM), el cual supone una coordinación interinstitucional entre la Comisión de la Mujer y la División Salud de la IMM.

El enfoque conceptual que orienta este Programa se basa en tres ejes: a) la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de manera de contribuir al desarrollo personal y social; b) la participación comunitaria a través del fortalecimiento de grupos de mujeres (comisiones vecinales) como apoyo al desarrollo del programa; c) capacitación de los recursos humanos de la salud en la perspectiva de género y los derechos en salud sexual y reproductiva.

La mirada teórica del PAIM -según sus líneas programáticas- no está centrada en la dimensión asistencial, sino en el desarrollo de las capacidades de mujeres y varones (donde la sexualidad y la reproducción son uno de los aspectos de los proyectos de vida) que les permite adquirir elementos para el ejercicio libre, igualitario y saludable de su sexualidad y reproducción.

Es en este sentido que este Programa basa su modelo de atención de la salud con un enfoque de género, teniendo en cuenta derechos, necesidades e intereses de mujeres y varones. Para ello elabora, planes de capacitación y sensibilización de equipos técnicos (de modo de generar cambios en sus enfoques y prácticas), promueve la participación de mujeres en distintas instancias de la implementación del PAIM. También desarrolla estrategias de capacitación dirigidas a mujeres con respecto a nuevas pautas de valor y comportamiento en relación con su sexualidad y reproducción.

---

<sup>29</sup> Este tema se realizó en base a la información proporcionada por informantes calificados y a documentación programática.

Se puede observar que no se visualiza el mismo intento con respecto a los varones:

*“En realidad (...) hay que llevar el programa del ministerio adaptado a la intendencia. Pero se ha hecho muy poco acá en la intendencia. De hecho los varones, además de que no se generan esos espacios, no se están estudiando ellos mismos, hay investigaciones de mujeres, el proceso que hicieron las mujeres a través de las feministas no lo han hecho y no lo van a hacer así nomás, porque no van a dejar el poder, el poder no se negocia, se arrebató, es así, el ser humano desde los tiempos más ancestrales, todos los poderes se arrebataron, se conquistaron, nadie cedió el poder, esto es lo mismo”. (Lic. Enfermería referente del PAIM)*

El PAIM se inicia con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y continúa con la financiación del gobierno municipal y el aporte de la comunidad a través del pago de los costos de los anticonceptivos. El Programa siempre fue concebido como un servicio que formaba parte del sistema de atención a la salud ofrecido por la IMM.

El Programa tiene como *población objetivo* las mujeres montevideanas de los sectores populares (hogares de escasos y bajos recursos), desde la adolescencia en adelante y se implementa a partir de las 20 policlínicas municipales ubicadas en los diferentes barrios de Montevideo, 4 policlínicas en convenio con asociaciones civiles de vecinos/as y 3 consultorios móviles.

El PAIM cuenta con tres subprogramas:

- a) *Maternidad Informada y Voluntaria*, que tiene como objetivo generar actitudes y comportamientos responsables y conscientes con relación a la sexualidad y la reproducción de las mujeres. El programa incorpora métodos anticonceptivos a la cartera de prestaciones de los servicios municipales, incluso recientemente se introduce la anticoncepción de emergencia.<sup>30</sup>

*“El programa tiene una parte que es la maternidad voluntaria e informada, que tiene que ver con desde dónde se van construyendo los derechos de las mujeres y los de los niños, de poder disfrutar de ese embarazo, de llevarlo bien controlado, de tratar de bajar lo índices que en este momento están subiendo de sífilis. (...) haciendo mucha tarea educativa. Muchas tareas en las escuelas, en los liceos, se articula bastante con la educación. Todo esto tiene sus claros y oscuros y depende principalmente de la adhesión a los programas, y la adhesión a los programas de los técnicos en salud, en la*

---

<sup>30</sup> Los fondos iniciales para la compra de anticonceptivos provienen del apoyo del FNUAP. Desde su inicio, las usuarias deben abonarlos como forma de generar fondos para la reposición de los anticonceptivos. La Administración de estos fondos se realiza por parte de comisiones de vecinas (mujeres de la comunidad).

*educación: maestras, docentes, la comunidad es la que se pone la camiseta (...). Pero en mi opinión todavía falta, falta mucha articulación, mucho compromiso de ambas partes (...)*. (Lic. Enfermería referente PAIM)

- b) *Atención Integral del Embarazo y el Puerperio*, apunta a un modelo de atención que contemple y respete el contexto social y cultural de las mujeres, así como sus necesidades e intereses.
- c) *Prevención del Cáncer Génito Mamario*, cuyo objetivo es que las mujeres tomen conciencia sobre el cuidado de su cuerpo respecto a su salud sexual y reproductiva, como forma de disminuir la incidencia del cáncer génito mamario y las enfermedades de transmisión sexual.

Es posible señalar, que si bien el PAIM desde que se inició basa su modelo de atención en el enfoque de género y de derechos con el propósito de atender la salud integral de la mujer, todavía no se visualiza a nivel de la implementación del mismo que se cumpla íntegramente lo que plantea el programa en sus líneas programáticas, siendo varios los factores que influyen al respecto (cultura institucional, formación de los profesionales, estructura edilicia y funcional, etc.)

*“La institución, los técnicos y la comunidad, cualquiera de los tres tiene que posicionarse desde otros lugares y tiene que construir vínculos nuevos para poder hacer esto participativo y descentralizado y no meramente declarativo, es un aprendizaje, un ejercicio para recién poder empezar. Y como las instituciones, los técnicos y los vecinos somos personas, tampoco va todo el mundo parejo. Entonces hay que respetar algunos tiempos (...), porque además las instituciones que están conformadas por personas tienen memoria y construcción cultural, entonces vos sacas a todo un equipo, metes otro, inmediatamente va a quedar contaminado, porque la estructuras, porque las forma de hacer los trámites, porque la forma de obtener los dineros (...), porque el Estado tiene normas, pautas que hay que cumplir que tienen que ver con la función pública, con la gestión pública”*. (Lic. Enfermería referente PAIM)

### **c) Ministerio de Salud Pública**

En la implementación de los Programas del Ministerio de Salud Pública se pueden distinguir varias etapas que van acompañadas de diferentes enfoques conceptuales.

#### **c.1) Programa Maternidad y Paternidad Elegida<sup>31</sup>**

El *Programa Maternidad y Paternidad Elegida* (1996-2000) fue financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y se implementó de forma focalizada en determinados centros de salud, o sea, no constituyó parte del sistema de prestaciones básicas del sistema de salud del MSP.

*“Dentro de los objetivos del departamento materno infantil estaba el de bajar la tasa de mortalidad infantil, y cruzando eso con el compromiso<sup>32</sup> que había asumido el Estado de tener un programa propio en Salud Sexual y Reproductiva, esos dos temas se cruzaban y dieron lugar a este programa”.  
(Asistente Social Coordinadora del Programa)*

El programa contó con un enfoque teórico básicamente de corte asistencial y centrado en el fortalecimiento del área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, habiendo sido definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de salud (dependiente de la División de Promoción de la Salud). Instaló servicios de planificación familiar, en los Centros de Salud de Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que no tuvieron la continuidad esperada, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país.

*“El programa preveía que se trabajara en las zonas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), entonces nosotros para determinar el universo en el cual íbamos a trabajar, tomamos la vivienda, el hábitat como el elemento clave de la determinación de las NBI, entonces había otro programa del ministerio que había hecho una definición similar, que también dependía del programa materno – infantil, que había recorrido los asentamientos de Montevideo, entonces nosotros seleccionamos 132 de los que encontramos con mayores indicadores de NBI, y esos fueron el universo territorial para trabajar, y cada uno de esos asentamiento estaba vinculado a un centro de salud. Formamos un equipo interdisciplinario de trabajo de campo donde había partera,*

<sup>31</sup> Los datos presentes en este apartado provienen del estudio realizado por Carmen Varela (2004) y de la entrevista en profundidad realizada a la Coordinadora del Programa.

<sup>32</sup> El mismo se refiere al asumido en la Conferencia Mundial de Población de el Cairo 1994, donde el gobierno uruguayo se compromete a implementar medidas que posibiliten el acceso a la población a servicios de salud sexual y reproductiva.

*enfermera, psicóloga y asistente social, eran siete trabajadoras de campo, una psicóloga, una partera, una enfermera y cuatro asistentes sociales.” (A.S Coordinadora del Programa)*

*“(…) también se seleccionaban los departamentos con mayor índice de NBI para trabajar en esos, porque la situación no era igual en todos ellos, los dos indicadores para trabajar eran las NBI en la población y el porcentaje de madres adolescentes. El primer año fue solo en Montevideo, y los otros tres en el interior”. (A.S Coordinadora del Programa)*

Durante el período de aplicación del programa se estaba ante el incremento de la tasa de fecundidad adolescente de los sectores más carenciados de la sociedad, las muertes de mujeres por la práctica clandestina del aborto y la reproducción de la pobreza, constituyendo una preocupación para el Estado. Estos elementos hicieron que el programa fuera focalizado, se privilegiara el carácter asistencial y proveedor de anticonceptivos como forma de enfrentar el tema, considerando al embarazo adolescente como “problema social”. Un indicador de lo anteriormente mencionado es la población a la cual se dirige el programa: mujeres en edad fértil en situación de extrema pobreza residentes en asentamientos de la ciudad de Montevideo y del interior del país.

El enfoque de género y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos estuvieron presentes en el desarrollo de este programa. Sin embargo, ellos estuvieron fuertemente asociados a sensibilizar a la población destinataria en el uso de anticonceptivos (como forma de planificar y disminuir el número de hijos), atrasar el inicio de su trayectoria reproductiva, disminuir los riesgos del embarazo no deseado, de aborto y reducir la mortalidad infantil (enfoque biomédico).

Pese a lo anteriormente mencionado el Programa logró trascender lo asistencial, debido que hacia el final de su implementación se crea una sub – área en la educación formal y comunitaria con financiamiento de la FNUAP. Se implementó en forma piloto, en distintos puntos de Montevideo y del interior del país, una estrategia educativa denominada Jornadas de comunicación, afectividad y sexualidad (JOCAS).

*“Un componente era brindar servicios de calidad en salud sexual y reproductiva y anticoncepción; el segundo componente era la educación social, la formación de promotoras comunitarias en salud sexual y reproductiva; y el tercer componente eran tres talleres por centro de salud para toda la población.*

*Pero además nos dimos cuenta que si queríamos un cambio cultural, con el enfoque de género, con cuidarse y aprender a separar la sexualidad de la*

*reproducción, teníamos que trabajar con los adolescentes, (...) entonces le agregamos el segundo año un componente que era acciones educativas a nivel del sistema educativo formal. (...) Empezamos a desarrollar un modelo de educación de masas (...) llamadas Jornadas de diálogo sobre afectividad, sexualidad y salud, donde todo el liceo podía participar, era una actividad autogestionada por toda la comunidad educativa: estudiantes, docentes, padres y madres. (...) Veníamos con una propuesta que era super abierta y apuntaba a un riesgo en la vida de los chicos que era el embarazo precoz y el contagio de enfermedades de transmisión sexual, (...). Entonces teníamos las puertas abiertas, no sin dificultades (...), pero siempre a pedido del liceo, nosotros no podíamos ofrecer.*

El Programa de Maternidad y Paternidad Elegida abrió un camino que posibilitó un proceso de cambio en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de la población. Estas transformaciones están relacionadas con algunos elementos que caracterizaron el enfoque conceptual del programa:

*“Maternidad, para poner a la mujer como centro del programa, la mujer en edad reproductiva. Y paternidad en segundo término, y no “responsable”, porque siempre le estamos tirando a los jóvenes que no son responsables, que no se cuidan, etc. Entonces “elegida”, el ser madre o padre tiene que ser fruto de una decisión de cada uno, en el momento de la vida que uno quiere, en la cantidad de embarazos que uno quiere, se elige ser madre o ser padre, o se elige no ser madre o padre nunca, (...) porque es un derecho de las personas”. (A.S Coordinadora del Programa)*

*“Entonces el primer elemento educativo que intentamos transmitirles a las mujeres y varones era que ahora podíamos separar la sexualidad de la reproducción y eso estaba en los folletos, en el carné, tú puedes tener una sexualidad plena y disfrutar de la sexualidad y no tener hijos, salvo cuando quieras, eso era el mensaje central del programa, un aprendizaje cultural, un aprendizaje básico de varones y mujeres que nosotros poníamos el énfasis ahí. Porque si ellas aprendían eso, la mujer estaba liberada del embarazo como destino ineludible de la sexualidad, del deber de tener relaciones sexuales, porque también trabajamos la sexualidad como derecho, vinculado al placer, al amor. Fuimos el primer programa del Estado que vinculó la sexualidad con el amor. (A.S Coordinadora del Programa)*

En síntesis, el Programa de Maternidad y Paternidad Elegida se financió con fondos de la FNUAP. Las beneficiarias fueron mujeres en condiciones de extrema pobreza residentes en asentamientos de la ciudad de Montevideo y en diez departamentos del interior del país. Dicho programa abarcó cuatro áreas: 1) *Área asistencial* (información y entrega de anticonceptivos, considerada prioritaria); 2) *Área de promoción de salud reproductiva* (sensibilización de mujeres en edad fértil – 15 a 49 años – sobre el cuidado de su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad en



forma libre e igualitaria); 3) *Área de normativa* (comisión asesora integrada por la Cátedra de ginecología de la Universidad de la República, el Programa Nacional de SIDA y diversas ONG); 4) *Área educativa* (estrategia educativa a través de jornadas de comunicación, afectividad y sexualidad).

El programa alcanzó un logro significativo, en 1999 último año ejecución, la Dirección de Promoción de la Salud (DI.PRO.SA) logró que, por decreto ministerial, el Programa se declarara prioritario, adquiriendo el Estado un compromiso mayor hacia la salud sexual y reproductiva de la población.

Sin embargo también se observa que resultó muy dificultoso incorporar el enfoque de género en su accionar y que estuvo muy ligado a las estrategias del área materno infantil. Este enfoque implica priorizar en la atención de la salud la concepción madre – hijo, es decir, la consideración de las mujeres básicamente como madres y la maternidad como único destino natural de sus vidas. De acuerdo a esta visión el sistema de salud debe proveer las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo de la madre y el hijo, pero no tiene en cuenta el desarrollo de sus capacidades, fortalece la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos y la posibilidad de la construcción de un proyecto de vida donde la maternidad sea uno de los diversos aspectos posibles.

### **c.2) Programa Mujer – Niñez – Salud Integral de la Mujer<sup>33</sup>**

El Programa Maternidad y Paternidad Elegida termina en diciembre del año 2000, desde ese momento hay un impasse hasta marzo del 2001, cuando el MSP crea el *Área Mujer y Niñez* (que sustituye al Área Materno – Infantil) y el *Programa de Salud Integral de la Mujer* (SIM). Este cambio implica la definición de una política de salud sexual y reproductiva y un cambio de enfoque conceptual.

En Montevideo se implementó en el marco del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) hoy R.A.P (Red de Atención Primaria), unidad ejecutora de los servicios del Primer Nivel de A.S.S.E, el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM). El ministerio se propuso un cambio en las acciones de asistencia a la salud reproductiva desarrolladas por el organismo hasta ese momento. Se le encomendó al SSAE establecer servicios de anticoncepción en el Primer Nivel de Atención del subsector público en el departamento de Montevideo. Se decidió

---

<sup>33</sup> Los datos volcados aquí provienen del estudio realizado por Carmen Varela (2004) y de las entrevistas en profundidad realizadas a autoridades ministeriales.

enmarcar estos servicios dentro del Programa de Salud Integral de la Mujer con énfasis en la salud sexual y reproductiva con la inclusión de diferentes componentes: planificación familiar, captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, sensibilización y capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género, formación de grupos de mujeres, etc.

Los servicios de prestación que brindaba el anterior programa se integran a la estructura del SSAE y pasan a formar parte de las prestaciones que ofrecen todos los servicios de salud pública. Pasa a ser una política del Ministerio y no un proyecto o programa aislado, asumiendo un compromiso con la población en este tema.

La transformación del área Materno – Infantil en Mujer – Niñez implica un cambio en el enfoque conceptual. El enfoque anterior era de carácter asistencialista y basado en el suministro de métodos anticonceptivos, orientado a mujeres en condiciones de pobreza, visto como forma de superar la reproducción de la pobreza. La visión que acompaña el área Mujer – Niñez asume una *“perspectiva programática orientada a la Salud Integral, ejecutada por sus Centros de Salud y otros actores de la comunidad”* (MSP, 2001) y dirigida a toda la población usuaria del sistema público de salud.

Este cambio de enfoque de atención a la salud implica también romper con un modelo *“hegemónico e internalizado por el personal y las mujeres usuarias, que se impone en la dinámica de los Centros de Salud, condicionando la cartera de servicios ofrecidos a la población, las prácticas profesionales concretas, la construcción de las demandas y la decodificación del discurso de las usuarias”* (López, Benia, Contera y Güida; 2003: 131-132).

Este programa implica superar el enfoque conceptual en el cual las mujeres son consideradas únicamente como madres, en el entendido de que la maternidad es su única misión natural. Pero si bien el Ministerio intenta la implementación de un Programa de Salud Sexual y Reproductiva integral, su éxito es relativo debido a su corta existencia y a diversos factores que incidieron en su implementación.

A través del Programa SIM la estrategia de implementación del proyecto de salud sexual y reproductiva difiere de Montevideo con respecto al resto del país. En Montevideo a través de los centros de salud de SSAE se: a) facilita a las usuarias la elección informada de métodos de planificación familiar y el acceso a los mismos; b)

favorece a las mujeres gestantes el cuidado y control adecuado del embarazo, parto y puerperio; c) implementa en forma sistemática la prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino, de cáncer de mama y enfermedades de transmisión sexual; d) desarrolla espacios grupales de capacitación de los equipos técnicos de los servicios en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género; e) desarrolla espacios grupales de sensibilización e información a las usuarias en temas de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género.

En el interior del país, a través del área Mujer – Niñez (localizado en el Hospital Pereira Rossell), se instrumentan los servicios de salud reproductiva hacia todo el país. Se generaron condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de la consulta gineco – obstétrica. Sin embargo, estas medidas no han tenido alcance nacional. El programa ministerial se desarrolló predominantemente en Montevideo, las mujeres del interior no han tenido el mismo acceso a servicios de salud reproductiva, sino a servicios de anticoncepción.

Estos programas con sus enfoques teóricos entraron en relación directa con los servicios de los Centros de Salud que funcionaban desde décadas atrás con una perspectiva materno - infantil. Ello ha influido en la estructura edilicia y funcional, la formación de los recursos humanos, el equipamiento, la medicación, hasta la definición de las prioridades, las líneas de acción, etc.

Estas nuevas propuestas en salud reproductiva han sido el resultado de diferentes factores que han dejado su huella en la atención a la salud de la mujer. Algunas de ellas tienen que ver con: los cambios de autoridades y las diferentes perspectivas de sus decisores, la no inclusión efectiva de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de forma homogénea en todos los servicios de salud, la diferenciación - pese a que se hace hincapié en la perspectiva de género – entre mujeres y varones, etc.

La atención a la salud de las mujeres se ha realizado predominantemente en su rol reproductivo, relacionándolas con la maternidad y el cuidado de su familia. En la medida que en las últimas décadas se ha transformado la mirada sobre la salud de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos, las políticas y programas de salud han comenzado a acompañar esta reorientación, no exentos de contradicciones, tensiones y conflictos. Justificándose también por el hecho de que las mujeres viven situaciones socio – económico – culturales de inequidad.

### c.3) *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*<sup>34</sup>

Es en este escenario de cambios que mencionábamos, que en el año 2005 se pasa al actual *Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género* y se incorporan en forma concomitante los *Programas Nacional de Salud de la Niñez y de Salud Adolescente*. Los mismos son creados, según las autoridades, con el fin de considerar a las personas desde su nacimiento hasta la muerte como individuos/as para quienes se focalizan las acciones de salud y la Políticas Públicas.<sup>35</sup>

Estos nuevos programas implican una nueva perspectiva teórica por parte de las autoridades ministeriales. La misma esta fundamentada en que los diferentes grupos humanos están expuestos a diversos tipos y grados de riesgo en salud, según sean mujeres o varones, en función de la organización social y de las relaciones de género. Las mujeres a su vez, son vulnerables a diferentes grados de sufrimiento, enfermedad y muerte.

Es en este contexto que estos programas incorporan la perspectiva de género en el análisis del perfil epidemiológico, de la planificación y normatización y acciones de salud, que tengan como objetivo promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la equidad y los derechos a la ciudadanía de la mujer.

El Programa tiene como propósito: “*contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente*” (MSP, 2006:8)

Tiene como *objetivos*: a) promover entre las mujeres la educación para la salud, garantizando el ejercicio de los derechos ciudadanos y contribuyendo al desarrollo de comunidades saludables; b) crear o adecuar espacios de atención y promoción de la salud; c) contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres relacionadas con factores dependientes del embarazo, parto, puerperio y aborto en condiciones de riesgo; d) contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres relacionada al cáncer; e) contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres relacionada con la violencia doméstica; f) contribuir a la reducción del daño a la salud mental de las mujeres relacionada con la sobreexigencia y la inequidad de los roles tradiciones.

---

<sup>34</sup> Este apartado se realizó en base a la información proporcionada por las autoridades ministeriales y de documentación programática.

<sup>35</sup> Es en este mismo sentido que el MSP también crea el Programa Nacional de adultos y adultas mayores.

Según palabras de la Directora del Programa:

*“El programa tiene como objetivos promover normas, reglamentos, hacer documentos que se refieran a las políticas públicas referidas a la salud de las mujeres, después hacer la vigilancia del cumplimiento de esas normas tanto en lo público como en lo privado, por otro lado trabajar en forma conjunta con la comunidad y los usuarios”.*

Se plantean como *áreas prioritarias*: a) salud sexual y reproductiva; b) violencia doméstica y sexual; c) salud mental y género; d) condición del varón; e) cáncer en la mujer; f) asesoría, investigación y gestión.

Si bien anteriores programas poseían una mirada de género el actual Programa hace un fuerte hincapié en este aspecto y las autoridades ministeriales manifiestan que se proponen fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mujeres. Para ello sus acciones estarán dirigidas a disminuir la inequidad de género en la salud y en la sociedad, para el ejercicio de sus derechos. Con ese propósito, las autoridades ministeriales manifiestan promover un marco normativo de alcance nacional que rija tanto para los programas y proyectos de las instituciones públicas como privadas (MSP, 2006).

*“Muchos cambios, mucha transformación que es necesario todavía procesar, no es nada fácil, es un cambio que apuesta a un cambio de cultura adentro del ministerio y lo que ha generado sí, es que se está aposiando al mecanismo de género, que es un mecanismo que va a estar en la interna del MSP, para transversalizar género en todos los departamentos, en todos los programas, en todas las capacitaciones, en todos los servicios. Y con esto estamos en proceso. (Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género)*

En esta línea de cambios la Directora del Programa nos plantea que:

*“Es un programa nuevo, con una definición nueva, que generó la creación del Programa de Niñez y Adolescencia porque antes se llamaba materno infantil. Lo que hicimos referencia más que todo es a un programa similar del Brasil que tenía varios años de experiencia, las necesidades planteadas por las mujeres en la agenda de las mujeres hecha por la Comisión Nacional de Seguimiento, y después entre los documentos de OMS y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), de los dos programas que tienen de género y salud, ambas instituciones tienen esos programas, y de los mandatos de las conferencias mundiales y de las convenciones internacionales, todo eso hace al programa”.*

Se visualizan algunos aspectos significativos en las transformaciones de las políticas y programas del MSP como: comenzar a incorporar al sub sector privado de

atención a la salud; cuando se manifiesta como uno de sus objetivos la creación y adecuación de los espacios de atención a la salud acordes a la nueva perspectiva; ampliando la mirada en torno a la salud de la mujer, yendo más a allá del binomio mujer=madre, mujer – hijo y la intención de comenzar a incorporar al varón.

Al respecto la Directora del Programa manifestó:

*“(…) tenemos un programa que tiene objetivos y propuestas concretas, que esos objetivos y propuestas algunas son normas nacionales para el sector público y privado, normas de atención a la anticoncepción, normas de atención a la mujer embarazada, normas de atención a la mujer durante el parto, puerperio y amamantamiento, un abordaje a las situaciones de violencia en el primer nivel de atención; estamos con unas guías de climaterio y de violencia sexual, que eso es lo que vamos a hacer; investigaciones sobre salud de la mujer, investigaciones sobre la aplicación de la ley de acompañamiento durante el parto y qué genera todo eso, y entrevistas a hombres sobre violencia, y una cantidad de materiales para la población, entre eso, lo último son una serie de doce fascículos para trabajar con mujeres sobre doce temas centrales relacionados con la salud de las mujeres”.*

**d) Programa de acompañamiento socioeducativo a madres y padres adolescentes del MSP - INFAMILIA<sup>36</sup>**

El actual programa tiene su antecedente en el año 2002, cuando del Programa SIM del MSP se deriva el Programa Setiembre, dirigido a la atención de adolescentes. Su objetivo era contribuir a mejorar la salud de las madres adolescentes del sub sector público de Montevideo a partir de la captación desde el puerperio, brindando información y servicios de anticoncepción a la adolescente y su pareja para prevenir el siguiente embarazo y estimular otras posibilidades más allá de la maternidad como único proyecto de vida. Este programa se realiza con la coordinación de los programas del MSP, IMM y el Programa Adolescencia, Infancia y Familia en situación de riesgo que en ese entonces dependía de la Secretaría de la Presidencia de la República.

*“Cuando se arranca con el programa hay unos objetivos muy claros centrados en a la salud sexual y reproductiva. El programa nace con la idea de prevenir el segundo embarazo, hasta con ese sesgo, que tiene incluso muy grande, ahí lo conceptual surge con mucha claridad, o sea hablar del embarazo como si fuera una enfermedad, ni siquiera de prevenir. Y una cuestión muy fuerte sobre el uso de anticonceptivos y la educación para el uso de anticonceptivos,*

---

<sup>36</sup> Los datos presentes en este apartado provienen del estudio “La salud de los adolescentes y jóvenes uruguayos: ¿Protegida o a la intemperie? (2007) y de la entrevista en profundidad realizada a la Trabajadora Social supervisora de los agentes socio - educativos del Programa de acompañamiento socioeducativo a madres y padres adolescentes del MSP – INFAMILIA.

*ahí hay todo un sesgo con entender a la maternidad en la adolescencia como una equivocación". (Trabajadora Social supervisora agentes socio – educativos del Programa)*

A partir del 2004 el Programa Infamilia dependiente ahora del Ministerio de Desarrollo Social junto con el MSP comienzan a desarrollar el *Modelo Integral de Prevención del Embarazo Precoz*. Dicho modelo tiene como objetivo optimizar el ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, con énfasis en la promoción de salud integral, atención del embarazo y la maternidad y paternidad. Propone un abordaje del embarazo en el marco del desarrollo integral de la salud adolescente, buscando impactar en aquellos elementos que mejoran la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de sus derechos. Para ello desarrollan estrategias de capacitación, sensibilización, educación y comunicación orientadas hacia los y las adolescentes, sus referentes comunitarios y los servicios de salud del subsector público, enfatizando en la prevención del embarazo no planificado en esta etapa del ciclo de vida.

El programa está dirigido a madres/padres adolescentes (entre 10 y 19 años) considerados en riesgo, residentes en área de influencia de los 41 efectores de salud del MSP vinculados al Programa Infamilia, a través de la intervención de agentes socioeducativos.

*"A partir de la inserción en el Mides y a partir de que los agentes socio – educativos se empiezan a meter mucho más fuertemente en los equipos de salud y de que además el Programa Infamilia desde esta intervención tiene un comienzo y un final, la idea es que esa modalidad de intervención de los agentes socio – educativos se inserten en los equipos de salud. A partir de esa inserción cada vez más clara, los objetivos de intervención también se van modificando, se van complementando con los objetivos de los equipos de salud. Esa mirada muy focal se va ampliando hacia la atención integral del adolescente". (T.S supervisora agentes socio – educativos del Programa)*

Si bien el Programa está dirigido a mujeres y varones, se puede observar que hay un acompañamiento diferencial, debido entre otras cosas, a que la captación se realiza únicamente mediante el registro en las maternidades, haciendo que el acompañamiento a adolescentes padres sea menor. No se tienen en cuenta otros ámbitos o puede resultar que el padre no sea un adolescente.

*“El programa siempre tuvo como enunciado trabajar también con la figura del varón, del padre, y eso ha sido una cuestión muy difícil de llevarla a la práctica. Los objetivos globales tienen que ver con aspectos de la salud, pero también con aspectos de la reinserción social o fortalecer la inserción social. Desde ese punto de vista el acompañamiento es bastante ambicioso, porque se habla de metas que tienen que ver más con la salud, en esto de poder pensar o planear los embarazos, pensar en el autocuidado, poder pensar el vínculo con el bebe y poder pensar sobre sí mismo”. (T.S supervisora agentes socio – educativos del Programa)*

Otros aspectos a tener en cuenta es que se trata de un programa focalizado, está destinado al subsector público y a adolescentes considerados en situación de riesgo y el acompañamiento se realiza durante un año, que implica al menos 10 contactos.

**Por último**, podemos señalar que desde la década del 90 y a partir de la confluencia de diferentes intereses y preocupaciones (fecundidad adolescente, aborto en condiciones precarias, reproducción de la población en los sectores más carenciados), la fecundidad y el comportamiento reproductivo se convierten en temas a ser tenidos en cuenta en la agenda de actores sociales y políticos y del mismo Estado. Esto se plasma en la implementación de políticas y programas, que en mayor o menor medida, apuestan a un modelo de atención con enfoque de género y énfasis en la salud sexual y reproductiva, con una mirada más integral sobre la salud de las mujeres y sus derechos, no exentos de contradicciones, tensiones y conflictos

Si bien estas transformaciones no se dan por igual en todos los sectores de atención a la salud (público y privado), ni llegan por igual a toda la población (diferencias entre Montevideo y el interior del país y del sector socio económico al que pertenezca la mujer), ni se ha involucrado de manera activa y continua al varón; sí se pueden observar cambios.

También es significativo, a pesar de las dificultades observadas el hecho de que se comience a de – construir las prácticas de las masculinidades hegemónicas, a reflexionar en torno a las políticas y servicios de salud dirigidos a los varones, etc.



**CAPÍTULO V:**  
**ENFRENTANDO MIRADAS**

A continuación se presentará el escenario de lenguajes y visiones de los diferentes agentes involucrados en el estudio. Es significativo tener presente que en su mayoría son profesionales que desempeñan sus actividades fundamentalmente en el área de la salud, que pertenecen a diferentes disciplinas, y que en algunos casos son profesionales con trayectoria en las temáticas de género, derechos de la mujer y en el desarrollo de actividades a nivel de instituciones de la sociedad civil. También se han integrado en algunas ocasiones a la coordinación de los programas profesionales no médicos, como por ejemplo trabajadores sociales.

### ***Entre continuidades y rupturas:***

Se entiende que el campo de la salud pública implica la forma en que se construyen respuestas a los problemas de salud – enfermedad de la población. En la implementación de políticas y programas de atención a la salud de la mujer se anudan modelos, representaciones sociales y discursos hegemónicos o contra-hegemónicos que constituyen y/o limitan prácticas institucionalizadas. Estas transformaciones ocurridas en los modelos de atención de la salud de la mujer han implicado conceptualizaciones acerca de la maternidad, de lo que es salud y lo que es enfermedad y han otorgado validez a determinados conocimientos y prácticas.

En este escenario se ha dado la coexistencia del modelo materno infantil, tradicional y fuertemente arraigado en la cultura institucional del campo de la salud, junto a otro modelo, en construcción, con una visión de integralidad; generando un contexto complejo para el desarrollo e implementación de las políticas y programas de atención a la salud de la mujer.

Creemos que hay que destacar que en los propios discursos de los agentes se pueden rastrear fundamentos y contenidos propios de ambos modelos, no pudiéndose establecer bloques monolíticos u homogéneos, especialmente en los servicios de salud.

El Modelo Materno Infantil a través de la implementación de sus programas tuvo un temprano desarrollo desde mediados del siglo XX en el Uruguay, y se arraigó fuertemente en las instituciones de salud. La finalidad de estos programas se centra principalmente en la valoración del “binomio madre – hijo” y el rol de la madre como pilar del cuidado de la salud infantil, en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención al “binomio madre – hijo”, estando ausente la participación del varón en el ejercicio de la paternidad.

*“El objetivo de estas Normas de Asistencia Perinatal, es el de contribuir a la disminución de la mortalidad perinatal e infantil en el Uruguay”. (Normas de Atención Materno – Infantil; 1999:6)*

Esto ha colocado bajo una fuerte vigilancia médica (preventiva y asistencial) a las prácticas y la vida cotidiana de las mujeres, especialmente de aquellas pertenecientes a sectores urbanos de menores recursos y ha contribuido a fortalecer un rol masculino que no incluye el hacerse cargo de aspectos vinculados a la planificación familiar y al cuidado de la salud del núcleo familiar.

Entre los objetivos de la atención materno infantil se encuentran:

*“Captar precozmente a la embarazada, vigilar y controlar el curso del embarazo a los efectos de prevenir (...), clasificar el embarazo según el nivel de riesgo, educar a la embarazada y a sus familiares en cuanto a las conductas a seguir, durante la gestación, parto, puerperio, salud reproductiva y la atención del recién nacido con énfasis en la lactancia natural, interacción madre – hijo así como la importancia de las inmunizaciones y controles periódicos”. (Normas de Atención Materno Infantil; 1999:19)*

Las normas que regularon la atención materno – infantil instituyeron una amplia gama de competencias de los médicos como: prevenir, tratar, controlar, educar, etc., en áreas que van más allá del cuerpo de la mujer, estas tienen que ver con estructuras y procesos sociales (estructura, organización y funcionamiento de la familia, condiciones psicoafectivas, condiciones socio – económicas y culturales, ejercicio de la maternidad, etc.).

El desarrollo del modelo materno infantil está fuertemente arraigado en el sistema de atención a la salud de las mujeres, condicionando de esta forma tanto a los equipos de salud como a las demandas de las usuarias. Este modelo de atención tiene como dinámica vincularse con las usuarias desde una postura “maternal” en donde la mujer es solamente vista como madre, alejándose así de una visión de las usuarias como sujetos de derechos y con capacidad de decisión sobre su individualidad.

*“Lo materno infantil no mira derechos sino atención, mira atención, por ejemplo las normas se llamaban de atención perinatal, o sea que las mujeres no cuentan, contaba el feto que se estaba generando y el recién nacido. (Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género)*

*“La visualización de la mujer como un vehículo para la salud de los niños, no de jerarquizar a la mujer por sí misma, como persona; sino la mujer como instrumento. Cuando se ha trabajado históricamente en lo materno infantil la mujer estaba visualizada así. (T.S integrante del Programa de acompañamiento socio educativo a madres y padres adolescentes MSP - Infamilia)*

*“El Modelo materno infantil significa encerrar a la mujer como madre, y que una vez que la mujer deja de ser fecunda no tiene más espacio (...)”. (Obstetra Partera Coordinadora del Sub Programa Humanización del Parto y el Nacimiento)*

La satisfacción de necesidades prácticas de las mujeres (servicios de salud materno infantiles, atención del embarazo, parto y puerperio, etc.) no fueron acompañadas de estrategias de transformación de su condición de género. Es a partir de la década del 90 que se comienza a ampliar la mirada en torno a la salud de la mujer, poniéndose énfasis en la salud sexual y reproductiva, trascendiendo el tradicional modelo de atención materno-infantil. Estos cambios se dan de manera diferencial en las políticas y programas del MSP y de la IMM.

Cabe señalar que el MSP asume un papel rector en materia de salud que se propone consolidar la separación del área normativa del área de prestación de servicios: MSP de ASSE. A su vez desde el año 1996 se viene llevando adelante programas de atención a la salud de la mujer que intentan dejar atrás el modelo materno infantil. Si bien los distintos programas implementados hasta la fecha poseen una mirada más integral de la salud de la mujer, donde comienza a perfilarse el enfoque de género y de derechos, no están exentos de contradicciones, conflictos y tensiones, que entran en diálogo directo con el modelo que se pretende superar, o sea el materno infantil.

A nivel de la IMM el proceso que se viene llevando desde que se comenzó a implementar el PAIM parecería contener algunos factores que han contribuido a su continuidad tanto en la implementación como en la construcción de un modelo de atención a la salud de la mujer que permitió comenzar a trascender el modelo materno infantil. Algunos de estos factores tienen que ver con que desde la década del 90 el gobierno municipal viene siendo llevado adelante por la misma fuerza política dando continuidad al programa, el programa nace de una articulación interinstitucional (División Salud y Comisión de la Mujer), desde que se comenzó a implementar el programa incorpora prestaciones en salud sexual y reproductiva, la participación de grupos de mujeres que apoyan a los equipos de salud,

fundamentalmente en todo lo concerniente a los métodos anticonceptivos. De todas formas se observa que es un proceso que todavía está en construcción y que se hacen presentes ciertos factores internos y externos<sup>37</sup> en la institución que hacen que el programa enfrente contradicciones y tensiones en su implementación.

Se están procesando cambios en los modelos de atención a la salud de la mujer, se registra una intención de incorporar el enfoque de género y de derechos de las usuarias, se está poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva, en la generación de normativas ordenadoras de la atención de los profesionales y equipos de salud.

Sin embargo, cabe señalar que a pesar de que a través de las líneas programáticas de las diferentes instituciones de atención a la salud de la mujer, se hace mención a un enfoque centrado en la integralidad, el género y los derechos de las usuarias, se hacen presentes en el discurso de los diferentes agentes entrevistados contradicciones y tensiones que muestran diferencias en como se concibe la mujer, como se conceptualiza la maternidad y diferentes grados de apropiación del enfoque de género.

Se registran a continuación diferentes puntos de vista expresados por los agentes político – institucionales involucrados en el campo:

*“Si bien la sexualidad, el embarazo, la maternidad son derechos sexuales y reproductivos, no solamente se basan en eso todo el proceso de la maternidad. Por eso lo basado en derechos es ver integralmente a las mujeres, lo basado en género es colocar la perspectiva de género para atender hombres y mujeres, y ver al género como un derecho, eso incluye violencia y otras cosas que le pasan a las mujeres. Es colocar a las mujeres en el centro, es decir sacar lo de materno infantil y ese tiempo de interdependencia que significa lo materno infantil, las mujeres como madres y los niños dependientes de ellas, y ahí se termina la vida de la gente. Ahora es mirar a la mujer en todo el proceso de su vida, ver los niños y las niñas hasta que son adolescentes, hasta que son jóvenes, y después integrarlos a la población adulta y entonces eso es sumamente distinto, si bien hay tiempo de interdependencia se ve a la persona con sus propios derechos en todo el período de su vida; es muy distinto”. (Directora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género)*

---

<sup>37</sup> Algunos de los factores internos tienen que ver con: la heterogeneidad de la transversalización del enfoque de género en los equipos de salud, la poca inclusión del varón en las acciones del programa, etc. En cuanto a los factores externos: es recién a partir del 2005, cuando coinciden la fuerza de gobierno tanto a nivel nacional como departamental que se visualiza una mayor concordancia y coordinación entre el programa del MSP y de la IMM, etc.

*“Creíamos que son identidades diferentes, pero que tiene mucho peso cultural lo materno infantil, entonces es mejor generar una ruptura, romper con el modelo, que eso iba a permitir hacer caminos independientes, que se cruzan permanentemente. Por eso Maternidad y Paternidad Elegida era una cosa, y la atención de la salud del niño y el bebe era otra cosa”. (A.S Coordinadora del Programa Maternidad y Paternidad Elegida)*

*“En realidad son la misma cosa, o sea cuando uno está tratando en la atención con una mujer y en su cuidado en su salud sexual y reproductiva, en su planificación familiar, no es que el enfoque sea o no materno – infantil, el tratamiento, la experticia y el considerar a la mujer en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva no pasa por un enfoque materno – infantil, eso fue algo que en determinado momento por razones políticas o estratégicas, se empezó a mencionar que se quería cambiar de un modelo materno - infantil a otro tipo de modelo, en realidad la atención debe ser integral (...), independiente del enfoque, el tratamiento y la consideración de los temas deber ser igual , y en definitiva es, porque nosotros partimos de esas bases de la maternidad y paternidad responsable, del ejercicio de la salud sexual y reproductiva en forma responsable, que las personas desarrollen su sexualidad de acuerdo a sus creencias y preferencias, etc.”. (Director AUPF)*

*“Creo que van a ser procesos, hay algunas cosas que son terribles porque le van a la vida de las madres, a la vida de los niños, es muy difícil, pero hay que tratar de ir rompiendo esto, nos va a dar mucho trabajo, pero de alguna manera hay que lograrlo. Porque además tenemos contradicciones institucionales (...), lo que pasa es que en realidad tenemos que tener en cuenta todo este aspecto de tercera generación de excluidos, asentamientos mediante, el mutualismo que está anquilosado en esa forma de funcionamiento y no está dispuesto a otra cosa, la mujer en un ámbito de trabajo mucho mayor que antes sin leyes sociales más amplias, si bien las tenemos no las sabemos usar, tampoco te sirve lo declarativo de una ley, porque si no le das uso no sirve, son muchos cambios, pero hay que jugársela, hay que hacerlo, son desafíos. El género es un corte en las políticas (...).” (Lic. Enfermería referente del PAIM)*

*“No somos más todos iguales ante la ley, ni somos idénticos ciudadanos, somos ciudadanas y ciudadanos, y dentro de ellos con diversidades de todo tipo, de opción sexual, de origen de clase; más que nunca está vigente la lucha de clases, de intereses, de diversidades”. (Lic. Enfermería referente del PAIM)*

*“Se requiere la intervención desde los dos puntos de vista, o sea tenés que atender todas las dimensiones. Tanto cuando trabajas con mujeres como con niños, a si sean niños pequeños, el punto central es no ver al otro como un objeto de intervención. La diferencia fundamental pasa por habilitar al otro como un interlocutor, y no como un receptor de intervención, el sistema de salud de por si es muy controlador y muy disciplinante. Por ahí pasa la diferencia, por cómo se concibe a la mujer. También el cambio de paradigma tiene que ver con el lugar del varón, con aceptar que la familia cambió, o sea que pueden haber roles más móviles, que no necesariamente estamos enfocados en la figura de la madre, movimientos que tienen que ver con la*

*concepción de la familia". (T.S integrante del Programa de acompañamiento socio- educativo a madres y padres adolescentes MSP - Infamilia)*

*"(...) la institución, los técnicos y la comunidad, cualquiera de los tres tiene que posicionarse desde otros lugares y tiene que construir vínculos nuevos para poder hacer esto participativo y descentralizado y no meramente declarativo, es un aprendizaje, un ejercicio para recién poder empezar. Y como las instituciones, los técnicos y los vecinos somos personas, tampoco va todo el mundo parejo. Entonces hay que respetar algunos tiempos (...), porque además las instituciones que están conformadas por personas tienen memoria y construcción cultural, entonces vos sacas a todo un equipo, metes otro, inmediatamente va a quedar contaminado, porque las estructuras, porque la forma de hacer los trámites, porque la forma de obtener los dineros (...), porque el Estado tiene normas, pautas que hay que cumplir que tienen que ver con la función pública, con la gestión pública". (Lic. Enfermería referente del PAIM)*

Encontramos que se ponen en juego un conjunto de factores que están referidos a contradicciones y tensiones presentes entre la práctica institucionalizada del modelo de atención materno infantil y la propuesta de construir un modelo integral de atención. Existen diferencias en los esfuerzos realizados por incorporar la conceptualización de derechos y de equidad de género a los programas, normativas y servicios. Las personas entrevistadas expresaron la necesidad de contar con capacitación permanente al personal y con recursos para la promoción, información y educación de la población usuaria. Pero, si bien se ha tratado de avanzar en estos aspectos, la capacitación brindada hasta la fecha no ha sido suficiente.

A pesar de las transformaciones ocurridas en los enfoques de atención a la salud de la mujer, la medicalización de la maternidad se sigue mostrando crecientemente significativa. En la medida que se continúe tratando a la mujer en función de sus capacidades reproductivas (embarazo, parto, cuidado del niño), naturalizando estos acontecimientos de la vida cotidiana de la mujer, que las intervenciones continúen fuertemente centradas en la jerarquía del médico, que no se cambien sustancialmente la formación de los profesionales, las consignas y encuadres institucionales, se seguirán dando las bases ideológicas de la configuración de patrones de normalidad que rigen la práctica médica. Siendo esta normalización el vehículo de la medicalización que permite ejercer un control sobre la mujer. Se continuará la apropiación, el ejercicio de poder sobre el cuerpo de la mujer, sobre su vida, a través de la estructuración de sistemas de categorización de

las personas y de los problemas sociales en términos de normalidad, dejando de lado sus derechos, necesidades, deseos y aspiraciones. Y por tanto, también seguiremos en términos generales, hablando de un modelo de atención a la salud basado en el modelo médico hegemónico<sup>38</sup>.

Surgen aquí una serie de inquietudes que tienen que ver con el rol del Trabajo Social en el campo de la salud y en los procesos de medicalización de la maternidad, en el entendido de que la medicalización de lo social no es un rasgo propio de la “naturaleza” de la medicina. Ella tiene fundamentos sociales intra y extra disciplinarios que la convierten en un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias.

El campo de la salud es un territorio complejo e impregnado de discursos, representaciones y prácticas diversas. Comprender y aprehender el fenómeno de la de la medicalización de la maternidad, implica tener en cuenta los cambios existentes en el contexto, las diversas perspectivas de teorías sociales, los enfoques epistemológicos y los marcos ético - políticos.

Desde sus orígenes el Trabajo Social ha estado vinculado al campo de la salud (Ortega, 2008), y actualmente continúa ofreciendo un lugar para la profesión, en un contexto en el cual el gobierno está dando una nueva impronta a lo social que suma complejidades (Bentura, 2006).

El estudio de las tensiones, contradicciones y perspectivas que se ponen de manifiesto en los procesos de medicalización de la maternidad, en el plano de la formulación de políticas y programas de atención a la salud de la mujer por los agentes políticos – sanitarios, pretende contribuir a la comprensión de las condicionantes sociales que la salud posee, las funciones sociales de la medicina y los resortes institucionales de la medicalización del espacio social.

El Trabajo Social tiene el desafío de dar cuenta de estos procesos y no tomar acríticamente estas transformaciones y aportar a la problematización de las mismas. La capacidad de nombrar con claridad las contradicciones, distancias y vacíos (Matus; 1992:37) no es dada de una vez y para siempre, sino que es pertinente que sean recreadas permanentemente a través de su estudio e investigación.

---

<sup>38</sup> Según Menéndez (1984) el modelo médico hegemónico está caracterizado por el biologicismo, la a-historicidad, concepción del individuo como a-social, el desconocimiento del saber no técnico, mercantilismo y eficacia pragmática.



Las políticas de salud lejos de construir una realidad ya pensada y analizada, se encuentran en proceso de transformación que exige una reflexión continua. Se requiere un proceso permanente de formación y actualización, de manera de ir dando cuenta de los cambios, generando nuevas interrogantes y buscando nuevas respuestas, partiendo de que la ampliación de la capacidad de intervención está en la ampliación del conocimiento (Quiroga, 1993).

Asimismo, creemos importante reconocer, conocer y analizar la construcción socio histórica de la maternidad que tiene que ver con las múltiples formas de ser madres y padres y de ser niño/niña. Es decir, familias, infancias y roles parentales que son plurales y flexibles, histórica y socialmente construidos. Siendo de utilidad el desarrollo de estudios e investigaciones con el objetivo de ampliar y actualizar conocimientos como forma de identificar nuevas demandas que requieran la intervención profesional y la reformulación de políticas, particularmente en este caso las de salud.

También pensar líneas de investigación en torno a la evaluación y monitoreo de los servicios de atención a la salud. Teniéndose en cuenta las tendencias normalizadoras de las intervenciones, en la posible reproducción de las desigualdades sociales y de género o en la estigmatización de determinados modos o estilos de vida por parte de instituciones y técnicos. Dentro de este punto las formas de relacionamiento entre técnicos y usuarias/os se torna ineludible en términos de construcción de una nueva "ética de la reciprocidad" (De Martino, 2001) que apunte al respeto de los derechos de las personas y al ejercicio de su individualidad.

Aquí se abre un camino importante y sumamente interesante de investigación y reflexión para el Trabajo Social, acerca del papel de la profesión en los procesos de normalización y control de la vida cotidiana y el incentivo de ciertas formas de dependencia y subordinación. Preguntarnos si no hemos aportado a una profesionalización y tecnificación de la maternidad y si al ayudar a las personas en antiguas limitaciones no las hemos expuesto a formas más sutiles de control social.

Por último, ante la complejidad de la realidad social, tender a describir el contexto social en que intervenimos como "escenarios posibles (De Martino, 2001), donde el trabajador social sea capaz de comprender la realidad en su multidimensionalidad que le permita crear caminos, modalidades de intervención que vayan más allá de un hacer vinculado a la inmediatez de las demandas tanto

institucionales como de la sociedad. Un profesional que tenga las herramientas para posicionarse de manera diferente.

## ***REFLEXIONES FINALES***

En el desarrollo del presente trabajo se ha procurado explorar acerca de los procesos de medicalización de la maternidad, en el plano de la formulación de políticas y programas de atención a la salud de la mujer por los agentes político - sanitarios, procurando profundizar conocimiento de sus características e identificando elementos que permitan comprender la forma que toman los procesos de medicalización.

Los procesos de medicalización varían de acuerdo a las estrategias que orientan la práctica médica y al espacio de institucionalización al que se haga referencia. La medicalización de la maternidad no es un rasgo propio de la medicina, ella tiene fundamentos sociales intra y extra disciplinarios que la convierten en un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias (Mitjavila, Echeveste; 1992).

En esta oportunidad se hace referencia al espacio político – institucional, que se lo puede ubicar a grandes rasgos como mediador entre el sistema político y la medicina clínica. Por un lado, el papel de los agentes político – sanitarios se orienta a prevenir, administrar, regular, controlar, etc. los problemas de salud de interés para el Estado tendientes a asegurar la reproducción de determinadas condiciones para el desarrollo de la sociedad. Por el otro, canalizar esas directrices, desde el punto de vista técnico, bajo la forma de políticas, programas, normas y de otros dispositivos de regulación de la actividad de los efectores de salud.

Este espacio político - institucional se ha caracterizado por un discurso medicalizado debido a que históricamente ha sido ocupado mayoritariamente por la profesión médica y a la autonomía de la práctica médica en los procesos de medicalización.

Es posible señalar que además de las necesidades técnicas de medicalizar se hacen presentes fundamentos socio - políticos. Estas bases tienen que ver con la autonomía de la medicina para desempeñar funciones instituyentes entorno a diferentes relaciones sociales (clase, género, etc.) de acuerdo a los grados de libertad que las exigencias externas admiten. El ajuste entre las dimensiones instituida e instituyente de la práctica médica será más evidente cuando haya mayor concordancia entre su propio discurso y los imperativos externos que definen su función de legitimación del orden social.

El estudio de los procesos de medicalización de la maternidad desde 1950 a la actualidad permite señalar que el modelo materno infantil está fuertemente arraigado en el sistema de atención a la salud de las mujeres, condicionando de esta forma tanto a los equipos de salud como a las demandas de las usuarias. La finalidad que han perseguido los programas del MSP es principalmente la valoración del “binomio madre – hijo” y el rol de la madre como pilar del cuidado de la salud infantil, en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención al “binomio madre – hijo”, estando ausente la participación del varón en el ejercicio de la paternidad. Se vincula con las usuarias desde una postura “maternal” en donde la mujer es solamente vista como madre, alejándose así de una visión de las usuarias como sujetos de derechos y con capacidad de decisión sobre su individualidad.

Esto ha colocado bajo una fuerte vigilancia médica (preventiva y asistencial) a las prácticas y la vida cotidiana de las mujeres, especialmente de aquellas pertenecientes a sectores urbanos de menores recursos y ha contribuido a fortalecer un rol masculino que no incluye el hacerse cargo de aspectos vinculados a la planificación familiar y al cuidado de la salud del núcleo familiar.

Las normas que regularon la atención materno – infantil instituyeron una amplia gama de competencias de los médicos como: prevenir, tratar, controlar, educar, etc., en áreas que van más allá del cuerpo de la mujer, estas tienen que ver con estructuras y procesos sociales (estructura, organización y funcionamiento de la familia, condiciones psicoafectivas, condiciones socio – económicas y culturales, ejercicio de la maternidad, etc.).

La satisfacción de necesidades prácticas de las mujeres (servicios de salud materno infantiles, atención del embarazo, parto y puerperio, etc.) no fueron acompañada de estrategias de transformación de su condición de género. Es a partir de la década del 90 que se comienza a ampliar la mirada en torno a la salud de la mujer, poniéndose énfasis en la salud sexual y reproductiva, trascendiendo el tradicional modelo de atención materno-infantil.

Si bien estas transformaciones no se dan por igual en todos los sectores de atención a la salud (público y privado), ni llegan por igual a toda la población (diferencias entre Montevideo y el interior del país y del sector socio económico al que pertenezca la mujer), ni se ha involucrado de manera activa y continua al varón; sí se pueden observar cambios.

Por último, es posible señalar que si bien se comienzan a observar estos cambios hacia los años 90, es recientemente, a partir de la implementación del Programa Nacional de la Mujer y Género en el año 2005 que se visualiza una intencionalidad de transformar los parámetros conceptuales y metodológicos para desempeñar y orientar las acciones de los efectores de salud.

Ello se manifiesta a través de las nuevas normas de atención que se establecen por ejemplo en las Guías en Salud Sexual y Reproductiva que sustituyen a las Normas de Atención Materno – Infantil.

*“(...) las normas de atención a la mujer embarazada se enmarcan en la necesidad de considerar a las mujeres en el proceso de gestación y embarazo con sus múltiples facetas que integren su salud integral y la consideración de la oportunidad, deseo, compromiso y cuidado de esa gestación concreta”. (MSP/Guías en Salud Sexual y Reproductiva, 2007:5)*

Estas normas se enmarcan en el nuevo paradigma que sustenta el modelo de atención a la salud de la mujer impulsado por el MSP.

Las mismas tienen como objetivo:

*“(...) atender integralmente el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo, y así mejorar los resultados en su salud y del producto de la gestación” (MSP/Guías en Salud Sexual y Reproductiva, 2007:6)*

Se incorpora en el enfoque del modelo de atención a la salud de la mujer el derecho a la salud<sup>39</sup>, los derechos sexuales y reproductivos, cambios en el rol de los equipos de salud, etc.

*“Una meta prioritaria en la atención a la mujer embarazada será generar un ámbito propicio para el intercambio de información con el objetivo de empoderar a las mujeres. Esta línea de pensamiento y acciones coincide con un fuerte cambio que tiene que operarse en la relación equipos de salud – mujer usuaria, para pasar de una relación de tipo técnica a otra donde se jerarquiza el principio bioético de autonomía y la atención a la integralidad de la persona implicada”. (MSP/Guías en Salud Sexual y Reproductiva, 2007:6)*

---

<sup>39</sup> Es significativo mencionar que el Estado Uruguayo tiene la función, según lo plantea la Constitución de la República, en su artículo 44, de legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de preservación y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

A través del estudio de los modelos de atención a la salud de la mujer ha sido posible explorar la complejidad de los procesos de medicalización en ese ámbito de la vida social desde 1950 a la actualidad. La implementación de políticas y programas se ha ido transformando en este complejo entramado, y este proceso de marchas y contramarchas se manifiesta en los propios discursos de los agentes político - sanitarios, donde se pueden rastrear fundamentos y contenidos propios de ambos modelos, tal vez con diferente intensidad.

## ***BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA***



- Amorín, D; Carril, E; Varela, C. (2006): "*Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo*". En: "*Reproducción biológica y social de la población uruguaya*". Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay.
- Arroyo, L. (1997): "*Vieja y nueva Salud Pública en la Reforma del Sector Salud. Tensiones en salud con la globalización.*" Ponencia presentada en la Mesa sobre Estado y Políticas Sociales del VII Congreso de ALAMES, Buenos Aires.
- Barrán, J. P.; Nahum, B. (1979): "*El Uruguay del novecientos. Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*". (Tomo 1). Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Barrán, J.P. (1992): "*Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*". (Tomo I) Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo-Uruguay.
- Barrán, J.P. (1995): "*Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*". (Tomo III) Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo-Uruguay.
- Bentura, Celmira (2006): "*Trabajo Social en el campo de la salud*" Tesis de Maestría en Trabajo Social de la UDELAR. Montevideo-Uruguay
- Blanco R., Portillo J., San Martín H. (1991): "*Teoría de la salud social*". Departamento de Publicaciones de la Udelar. Montevideo – Uruguay.
- Bourdieu, P. (1999): "La miseria del mundo". Ed. Fondo de Cultura Económica de Argentina. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1999): "*Intelectuales, política y poder*". Editorial Universitaria de Buenos Aires. Eudeba Bs. As. – Argentina.
- Bourdieu, P. (2003): "*La dominación masculina*". Barcelona. Anagrama.
- Cabella, W. (2006): "Disolução e formação de novas unioes: uma análise demográfica das tendências recentes no Uruguay. Núcleo de Estudos de População". Tesis de Doctorado. UNICAMP. Campinas, Brasil.
- Canguilhem, G. (1986): "*Lo normal y lo patológico*". Siglo XXI. México.
- Carril, E. (2000): "*Femenino – Masculino. La pérdida de ideales y el duelo*". En: "*Los duelos y sus destinos*". Montevideo. APU.
- Castoriadis, C. (1987): "*La institución imaginaria de la sociedad*". Tomo 1. Barcelona Tusquets.

- De los Ríos (1995): “*Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción*”. En: Género, Mujer y salud en las Américas. Publicación Científica N ° 541. OPS. Washington.
- De Martino, Mónica (2001): “*Perspectivas teórico – metodológicas par el análisis de la intervención técnica en proceso familiares*”. FCS/DTS/Documento de Trabajo N ° 20, Montevideo-Uruguay.
- Fernández, A. M. (1993): “*La mujer de la ilusión*”. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (1976): “*La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. En Educación Médica y salud. Volumen 10 – N ° 2.
- Foucault, M. (1977): “*Historia de la medicalización*”. En Educación médica y salud. Volumen 11 – N ° 1.
- Foucault, M. (1978): “*La voluntad de saber*”. En Historia de la sexualidad. Vol. 1. Madrid, siglo XXI.
- Foucault, M. (1983): “*El discurso del poder*”. Folios. México.
- Foucault, M. (1987): “*Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*”. Siglo XXI. México.
- Foucault, M. (1992): “*La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*”. Buenos Aires. Editorial Altamira.
- Geldstein, R. y Pantelides, E. (2001): “*Riesgo reproductivo en la adolescencia. Desigualdad social y asimétrica de género*”. UNICEF. Argentina.
- Heller, Agnes. (1972): “*Historia y vida cotidiana*”. Ediciones Grijalbo, Madrid-España.
- López, A.; Benia, W.; Contera, M.; Gúida, C. (2003): “*Del enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*”. UDELAR/facultad de Psicología/Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género - Fondo de Población de las Naciones Unidas. Montevideo, Uruguay.
- Matus, T. (1992): “*Trabajo Social: ¿una disciplina en tensión evolutiva?* Revista de Trabajo Social N ° 61. Escuela de Trabajo Social – Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

- Mancebo, Ma.; De los Campos, H; Gariboto, G. (2007): "*La salud de los adolescentes y jóvenes uruguayos: ¿protegida o a la intemperie?*" Seminario Taller Adolescentes y Jóvenes en escena.
- Menéndez, E. (1984): "*Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico*". En Revista Paraguaya de Sociología, Año 21 No. 61.
- Mitjavilia, M; (1998): "*El saber médico y la medicalización del espacio social*". Udelar, FCS, Departamento de Sociología. Montevideo-Uruguay.
- Mitjavilia, M; Eheveste, L. (1992): "*La medicalización de la reproducción humana*". Serie Investigaciones N ° 64.
- Moreira, C. (2001): "*La Reforma del Estado en el Uruguay: Cuestionando el gradualismo y la heterodoxia*", TRILCE.
- Moreira, C.; Setaro, M. (2002): "*Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay*" pp 221- 249. En Uruguay: "*La reforma del estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1995-2000)*". Banda Oriental.
- Moser, C. (1991): "La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género". En Guzmán, Portocarrero, Vargas (comp.) "Una nueva lectura: Género en el Desarrollo". Edición entre Mujeres – Flora Tristán. Perú.
- Ortega, Elizabeth. (2008) "*El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*". Editorial Trilce. Montevideo, Uruguay.
- Paredes, M. (2003): "*Los cambios en la familia en Uruguay: ¿hacia una segunda transición demográfica?*" En: "*Nuevas formas de familia*". UNICEF. Montevideo, Uruguay.
- Paredes, M; Varela, C. (2005): "*Aproximación socio – demográfica al comportamiento reproductivo y familiar en Uruguay*". Documento de Trabajo N° 67. UDELAR/FCS/ Unidad Multidisciplinaria. Montevideo, Uruguay.
- Quiroga, Ana Ma. (1993): "Producto científica e formação profissional – os paradigmas do conhecimento e seu reatamento no cotidiano do ensino, da pesquisa e do exercício profissional". Cadernos ABESS N ° 6. Producto científica e formação profissional. Cortez Editora. San Pablo, Brasil.

- Sapriza, G. (1999) "Misterios de la vida privada. La despenalización del aborto en Uruguay (1934-1938)" En: Revista Encuentros N° 6. Fondo de Cultura Universitaria. Montevideo.
- Sapriza, G. (2002): "*Entre el deseo y la norma. La Despenalización del aborto en Uruguay (1934-138)*". En: Dossier: Aborto en el Uruguay. Comisión Nacional de Seguimiento de Beijing – Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU), [www.chasque.net/comisión/dossieraborto/cap6.htm](http://www.chasque.net/comisión/dossieraborto/cap6.htm).
- Standing, H. (2000): "*Impactos de género de las reformas de salud. Actual estado de las políticas y la implementación*". En: Revista Mujer Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago de Chile.
- Tubert, S. (1991): "*Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*". Ediciones Siglo XXI. Madrid, España.
- Urbach, S. (1978): "*Medicina e Patología*". En Regis de Morais (org): "Construcción social da enfermidade". San Pablo, Cortez & Moraes.
- Varela, C. (1997): "*Implicaciones de las políticas de población y salud en el embarazo adolescente en el Uruguay*". Documento de Trabajo N° 38. UDELAR/FCS/ Unidad Multidisciplinaria. Montevideo, Uruguay.
- Varela, C. (2004): "*Programas y políticas que afectan la fecundidad: el caso de Uruguay: El reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal*". En: "*La Fecundidad en América Latina y el Caribe: Transición o Revolución?*". Serie: Seminarios y Conferencias – CEPAL, Santiago de Chile.
- Varela, C. (2007): "Fecundidad, propuestas para la formulación de políticas". En Calvo, J. y Mieres, P. "*Importante pero urgente, políticas de población en Uruguay*". UNFPA-RUMBOS.
- Varela, C.; Pollero, R.; Fostik, A. (2008): "*La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo*". En Varela, C. (coordinadora): "*Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*". Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay.
- Villar, Hugo. (2003): "*La Salud: una política de Estado*". Hacia un Sistema Nacional de salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio.

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

## FUENTES DOCUMENTALES

- IMM – FNUAP (1996): "*Programa de Atención Integral a la Mujer*". Comisión de la Mujer. División Salud. Departamento de Descentralización.
- I.N.E (2002): "*Línea de pobreza*". En [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy).
- MSP (1999): "*Normas de Atención Materno - Infantil*". Dirección General de la Salud. División Promoción de Salud. Departamento Materno Infantil. Comisión Honoraria Materno Infantil.
- M.S.P (2001): "*Propuesta Salud Integral de las mujeres usuarias del SSAE. Líneas programáticas*". SSAE – MSP.
- M.S.P (2006): "*Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género*". Dirección General de la Salud. División Salud de la Población.
- M.S.P (2007): "*Guías en Salud Sexual y Reproductiva*". Dirección General de la Salud. Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género.