



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Ciencias  
Sociales

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**Monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social**

**Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la  
ruralidad del Departamento de Rivera.**

**Reflexiones desde el abordaje en la atención primaria en  
salud desde las policlínicas de Masoller, Minas de  
Corrales y Vichadero.**

**Andrea Carolina Pereira Pereira**  
**Tutor: Celmira Bentura**

## ÍNDICE

Introducción .....	2
Fundamentación .....	2
Diseño metodológico.....	4
Capítulo 1: Sistema de Salud Uruguayo.....	6
1.1 Característica del SNIS.....	6
1.2 Concepto de atención primaria en salud.....	9
1.3 Promoción y prevención en el primer nivel de atención en salud.....	10
1.4 Característica de ASSE .....	11
Capítulo 2: Derechos sexuales y reproductivos .....	13
2.1 Derechos sexuales y reproductivos en Uruguay.....	15
Capítulo 3: La categoría género y su vinculación con la salud rural.....	19
Capítulo 4: Análisis - La salud en el medio rural y los accesos a los derechos sexuales y reproductivos en las policlínicas de Minas de Corrales, Vichadero y Masoller.....	24
4.1 Descripción de las Policlínicas de Rivera.....	24
4.2 Técnicos y frecuencia de atención.....	25
4.3 Técnicas y herramientas utilizadas en las policlínicas. Estrategias para la promoción y prevención en salud.....	29
4.4 Estrategias para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos.....	31
4.5 Abordaje Ley IVE.....	34
4.6 La percepción de los trabajadores de los centros de salud, entre dificultades y posibilidades.....	35
4.7 Rol TS en el ámbito de salud en las policlínicas de Minas de Corrales, Vichadero y Masoller .....	37
5 Reflexiones finales.....	39
Bibliografía.....	42
Anexos.....	44

## **Introducción:**

El presente trabajo corresponde a la elaboración de la monografía final de grado para la obtención del título de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social perteneciente al plan 2009 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

En dicho trabajo se realizó una investigación sobre el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos de las siguientes policlínicas rurales del departamento de Rivera: Policlínica de Masoller, Policlínica de Minas de Corrales y Policlínica de Vichadero.

El documento se estructura de la siguiente manera: En un primer momento se presenta un encuadre conceptual del término salud y la atención primaria en salud (APS). Así como un desarrollo de la atención de la salud en Uruguay por el SNIS y sus características en ASSE.

En el segundo capítulo se recoge y expone información sobre los derechos sexuales y reproductivos y la ley IVE, mencionando los aportes de la legislación vigente en Uruguay y su implementación desde el sistema de salud.

En el tercer capítulo, se presentan los conceptos de género y ruralidad, entendiéndose de suma relevancia entender la interseccionalidad de estos dos conceptos para este tema de investigación.

En el cuarto capítulo se desarrolla el análisis, dónde se presentan los resultados del trabajo de campo, analizados desde los conceptos teóricos e información recapitulada en el marco de dicha investigación. Para finalizar en el último capítulo, se presentan las conclusiones de acuerdo a las reflexiones que surgen de la elaboración de dicho trabajo y una reflexión en relación al rol de trabajo social en el área de la salud y su importancia en dicha área.

## **Fundamentación:**

La temática de referencia surge a partir de cursar el proyecto integral “protección social, instituciones y prácticas pre profesionales”. Por el cual estuve en contacto durante dos años con centros de práctica vinculados a la atención primaria en salud.

En la actualidad, en Uruguay rigen los lineamientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) actuando de acuerdo a la ley N°18211, donde se reconoce entre otros aspectos como primordial la atención primaria

en salud, como estrategia de acceso a los servicios de salud para la población.

Según los aportes de Nervi (2008) a la hora de hablar de atención primaria en salud es importante hacer mención a la Declaración de Alma Ata por la Organización Mundial de Salud (OMS) en la cual se destaca la importancia de la promoción y la necesidad de cambios en políticas de salud, promoviendo un acceso igualitario a estos programas de acuerdo a la demanda de los /as usuarios /as.

Como lo indican los autores (Vignolo et al. 2011) la estrategia de atención primaria en salud es el primer contacto con el sistema por parte del usuario /a, destacando la importancia de que en esta instancia se puede trabajar también con prevención y promoción en salud. Entre las instituciones que forman parte para llevar adelante esta estrategia a la ciudadanía están las policlínicas.

Como punto de partida a esta investigación realicé una entrevista exploratoria a la trabajadora social de la Red de Atención Primaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en adelante denominada cómo RAP-ASSE en Rivera, indagando sobre la actuación del trabajo social en la atención primaria en salud y mencionando el interés por las policlínicas de zonas rurales. Desde este primer contacto indica que desde trabajo social en el momento no se está actuando en las policlínicas rurales del departamento.

Surge así una mirada crítica a la atención en salud rural del departamento de Rivera donde nací y viví parte de mi adolescencia. Rivera es un departamento con un aproximado de 103.493 habitantes (CENSO 2011). Gran parte del departamento son localidades rurales en las cuales el acceso a la salud es brindado por la atención médica en policlínicas, específicamente las policlínicas de RAP-ASSE.

En este sentido esta investigación está orientada a la atención que recibe la población de mujeres en el medio rural que concurren a una institución de salud pública, es importante hacer referencia a leyes que interpelan este tema, ley N° 18426 “Ley sobre salud sexual y reproductiva” y ley N°18987 “Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto”.

El trabajo social en salud contribuye a la promoción y protección de los derechos de las personas, en este contexto orientándolas y acompañándolas en el primer contacto con el sistema de salud. Recordando los aportes de Ortega (2008) el ejercicio de la profesión está ampliamente vinculado al

disciplinamiento de la población y esto se lleva adelante desde campos de educación y salud. Esto se visibiliza en la implementación de la ley N°18987 que indica necesario el trabajo social en el equipo multidisciplinario que lleve adelante el abordaje de esta situación en las instituciones de salud.

Propongo indagar sobre el acceso a la salud en relación a los derechos sexuales y reproductivos en zonas rurales, de las cuales debido a distancias en territorio el acceso al sistema de atención en salud es diferenciado al de zonas urbanas.

Es así que surgen las siguientes preguntas que orientan mi trabajo investigativo: ¿Cómo se trabaja en promoción y prevención en salud en la RAP-ASSE en el medio rural de Rivera en relación a derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué sucede cuando una usuaria se presenta en una institución solicitando IVE donde no está disponible un abordaje multidisciplinario a su situación? ¿Se sustituye la actuación del trabajo social en el abordaje del IVE? ¿Existe un plan a futuro por parte de la institución de salud para este tema?

### **Diseño metodológico:**

#### **Objetivo general:**

Conocer cómo se construye el abordaje de prevención y promoción de salud en relación a los derechos sexuales y reproductivos en las policlínicas de Masoller, Vichadero y Minas de Corrales que son parte de la zona rural del departamento de Rivera.

#### **Objetivo específico:**

- Indagar en relación a las técnicas/herramientas que utiliza el equipo de salud en promoción y prevención en derechos sexuales y reproductivos
- Conocer cuál es el abordaje que se realiza frente a la ley IVE
- Qué recursos están disponibles en las policlínicas para abordar esta temática.

Para este estudio se aplica el método cualitativo como estrategia de comprensión de la realidad social, en este caso aplicado a la sociedad rural y a la atención primaria en salud. Lo cualitativo permite demostrar la percepción

del acontecimiento investigado por quienes integran la investigación. Este método cualitativo fue útil para comparar las similitudes y diferencias en los relatos de los/as entrevistados/as, así como relevar datos de la primera atención en salud en las localidades rurales.

La técnica de recolección de datos elegida fue la entrevista semiestructurada. La entrevista es una herramienta metodológica que utiliza el/la profesional en Trabajo Social que permite desmenuzar y profundizar sobre lo declarado por la persona. A su vez, se nutre de la observación, instancia que sucede en el momento de la entrevista presencial. Por lo tanto, una de las clasificaciones de la entrevista es la entrevista semiestructurada donde las preguntas a realizarse por el investigador pueden cambiar su orden libremente a conveniencia del tema a trabajar. (Corbetta, 2007). Estas entrevistas semi estructuradas generan un espacio en el cual el/la entrevistado/a puede contar su experiencia en las policlínicas seleccionadas de acuerdo a los temas que se le plantean como preguntas. (Batthyany, et al. 2011)

Al iniciar esta investigación realicé un estudio exploratorio, enfocado en Monografías de grado particularmente desde Ciencias Sociales. También utilice buscadores como Colibrí y Scielo, lo que permitió acercarme a las investigaciones encontradas sobre la temática.

El primer contacto por medio de una entrevista telefónica con la trabajadora social de la RAP-ASSE Rivera fue clave para tender una red de objetivos en esta investigación y dar comienzo al trabajo de campo. Esta entrevista despertó el interés por conocer más sobre cómo es que se da entonces el trabajo en estas policlínicas rurales, con la ventaja de saber que en esas policlínicas de la RAP-ASSE no se trabaja actualmente con trabajo social lo cual otorgaba información sobre la situación de la profesión en la salud rural de ese departamento.

Al ser muy difícil en criterios de tiempos y cantidad de entrevistas, decidí acotar la selección de las policlínicas rurales del departamento de Rivera, eligiendo una representación de estas. Las entrevistas se realizan a tres de las policlínicas rurales considerando que son las más alejadas geográficamente de la capital del departamento. El contacto con las policlínicas seleccionadas fue telefónico inicialmente permitiendo generar una conexión con referentes de esas policlínicas y desde ahí agendar las entrevistas presenciales con el personal de salud.

Realice 8 entrevistas semiestructuradas. Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, la pauta de entrevistas se elaboró en función a los siguientes ejes: el funcionamiento de las policlínicas, la población que asiste, el trabajo en prevención y promoción en salud, el abordaje de la salud sexual y reproductiva, el abordaje de la ley IVE y el trabajo social en esas policlínicas.

A continuación, se presenta la lista de entrevistados/as, de acuerdo a la policlínica que integran.

<b>Policlínicas Profesionales de la salud entrevistado\as</b>
---

Policlinica Vichadero	Médica de Familia (E1)
	Lic. Enfermería. E2
Policlinica Masoller	Médico de familia. E3
	Lic. Enfermería. E4
	Aux. Enfermería. E5
Policlinica Minas Corrales	Medica de Familia. E6
	Lic. Enfermería. E7
	Aux.Enfermeria . E8

Tabla 1: Lista de entrevistados/as

## **Capítulo 1: Sistema de salud uruguayo**

### **Salud, atención primaria en salud, promoción y prevención**

#### **Características del SNIS**

En el presente capítulo intentaré brindar una aproximación al concepto de salud que rige actualmente en nuestro país. Además, dedicaré parte de este capítulo a la atención primaria en salud. Luego se proporcionará una contextualización de lo que respecta a prevención y promoción en salud.

Para comenzar entiendo de suma relevancia mencionar que, en nuestro país, en el año 2007, entró en vigencia por la ley N°18211 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de una reforma del sistema sanitario.

Anteriormente la salud en nuestro país se abordaba desde una perspectiva centrada en la enfermedad, desde un modelo higienista en la cual lo que prevalece es el cuidado del cuerpo desde una mirada biologicista y fisiológica. Dicho modelo promueve la medicalización del individuo por parte del saber médico y las instituciones que este representa, influyendo no solamente en su cuerpo sino también en sus relaciones sociales.

Cabe destacar que, de acuerdo con los aportes de Ortega (2003), la medicina abarca no solo la respuesta a la enfermedad y por consiguiente a su cura, sino una estrategia en donde el propio saber médico no plantea a la enfermedad como existente sino como posible, por lo cual se busca la prevención y promoción de la salud. Es por ello que la observación y la intervención de las instituciones médicas en la vida privada de los/as usuarios/as forman parte de la medicalización de la sociedad, ya no solo en la búsqueda de una cura, sino también en educar y prevenir las posibles enfermedades. Es así que surge el preventivismo cuya función se basa en la prevención, divulgación y enseñanza a la sociedad en su conjunto.

Previo a la reforma, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) estaban a cargo de otorgar la atención en salud a la población más vulnerable, mientras las personas que tenían más, mejores u otros recursos económicos podían elegir una mutualista en el sistema privado. Este modelo no tenía en cuenta aspectos preventivos en los procesos de salud, sino se caracterizaba por el carácter

asistencial de su atención en dar respuesta a la demanda que surgía, y, por consiguiente, promoviendo la medicalización del cuerpo. Este era un modelo fragmentado, sin enfoque en los cambios sociales, centrado en lo biológico del cuerpo.

Según los aportes de Bentura (2006) este modelo el/la usuario/a ejerce el rol de paciente en el cual se mantiene ocioso a los procesos de salud, aceptando ser beneficiario de un modelo de salud externo a la vida social de los/as usuarios/as, centrado en el proceso de la enfermedad del cuerpo únicamente. Es decir, un sistema especializado en la atención médica de sucesos puntuales que enfermaban al cuerpo de los/as usuarios/as.

La reforma del sistema de salud que trae consigo la creación del SNIS surge a partir de la asunción del gobierno de izquierda y de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas en nuestro país. Uruguay, así como los demás países de la región, enfrentaron, durante la década de los 90, un alto índice de pobreza y los problemas que surgen de la misma, como lo indica Barba (2004) “los países de la región no sólo enfrentan hoy serios retos en términos de pobreza y exclusión social, sino crecientes problemas de desempleo, subempleo, informalidad, desigualdad social y de género, e inseguridad ciudadana” (p.22). Dichas problemáticas, generaban incertidumbre e inestabilidad. A partir del siglo XXI, se visualizan esfuerzos en ampliar políticas sociales referentes a la salud, educación y seguridad laboral. En materia de salud, aumentó la inversión, ampliando la cobertura en poblaciones específicas y expandiendo los beneficios de cobertura de salud a la familia del trabajador del sistema de seguridad social.

En este contexto de cambio, el SNIS fija su estrategia en la protección de la salud de todos/as los/as habitantes del país. Eso significa no sólo abordar las problemáticas de salud desde la anterior perspectiva que se centraba en la enfermedad estrictamente, sino abordar al usuario/a en su conjunto, involucrarse en el cuidado de su salud y combinarlo con su vida en abordando al usuario/a desde una forma integral que involucre a la sociedad y la cultura de la cual forma parte. Esto va en consonancia con lo que el autor Vázquez (2008) expresa al respecto del concepto de salud, en el cual considera que la misma debe abordarse desde lo individual y lo colectivo, dado que es parte de la interacción de relaciones multicausales que inciden en lo biológico del individuo.

Estos aportes de un nuevo modelo de atención en salud, propone cambios culturales, entendidos como comprender la salud de los/as usuarios/as más allá del saber médico pensando en modo integral en las múltiples causas que inciden en la salud de acuerdo al contexto en el que están insertos/as. Este nuevo modelo aborda la relación del individuo con el contexto en el cual vive. Surgen así un cambio en la visión de los profesionales que abordan las demandas de los/as usuarios/as, quienes adquieren una participación activa en el ejercicio del derecho de atención a su salud y obtienen un nuevo rol, desarrollándose un mayor trabajo comunitario entre los/as usuarios/as y los prestadores de salud.

De acuerdo a los aportes de Márquez y Meneu (2007) la participación en la medicina por parte de la sociedad, o sea una medicina participativa, es parte de un cambio cultural, promoviendo lo que indican como una aventura para aprender nuevas habilidades y actuar fuera de los hábitos de la medicina tradicional. Es importante tener en cuenta que todo cambio cultural, o social es lento en el tiempo, esto también sucede con el cambio en el abordaje de la medicina comprende cambios a nivel técnico y a nivel comunitario.

Con la implementación del SNIS, se genera el fortalecimiento en el rol del Ministerio de Salud Pública (MSP) que pasa a ejercer un rol de rector de las políticas de salud del Estado, entendiendo a la salud como un derecho y un servicio que debe ser controlado y regulado por el Estado. En sus principios fundamentales el SNIS considera la salud como un derecho humano esencial, un bien público y una responsabilidad indelegable del Estado y de los gobiernos. El SNIS asegura a todos/as los/as habitantes del país la cobertura integral de su salud, independientemente de su capacidad de pago (Ley 18.211).

A partir de lo explicitado precedentemente y continuando con los aportes de (Sollazzo y Berterretche, 2011), podría desprenderse que el SNIS estimula las estrategias de la atención primaria en salud extendiendo la cobertura a toda la población, con foco en la población más vulnerable, potenciando el trabajo en prevención y promoción en salud. Los/as usuarios/as pueden elegir libremente qué institución médica le brindara el servicio, tienen la posibilidad de optar entre la Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y ASSE. Los/as ciudadanos/as, en cuanto a los aportes económicos que varían de acuerdo a sus ingresos para asegurar el acceso a la salud universal deben contribuir a la salud desde lo privado y lo público administrando el Seguro Nacional de Salud.

En su diseño se distingue entre “Sistema Nacional Integrado de Salud” (SNIS) que se basa en la articulación en redes integrales de servicios públicos y privados y “Seguro Nacional de Salud” (SNS), entendiendo como tal el nuevo sistema de financiación con un fondo común de carácter solidario, con aportes tripartitos de empresas, trabajadores y Estado.

El SNIS, además de cubrir la seguridad social del trabajador, incluye a su familia a partir de la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual permite a todos/as la elección entre prestadores de salud públicos y privados. De ese modo, al ampliar la seguridad social, los/as usuarios/as aportan de acuerdo a sus ingresos al FONASA, administrado por el Banco de Previsión Social (BPS), que permite el seguro de la salud aun cuando el/la trabajador/a se jubila.

Es pertinente comprender el significado de la seguridad social, siendo principal para los soportes de un individuo. Castel (2001) expresa que sólo hay individuos cuando hay soportes, afirma entonces que "un individuo no existe como sustancia, y para existir como individuo necesita tener soportes, y por tanto, debemos interrogarnos qué hay “detrás” del individuo que le permite existir como tal" (Castel y Haroche, 2003 p.13). El acceso universal a la salud, implica un seguro colectivo. La seguridad social es un derecho del individuo, que garantiza el acceso a la salud, a las prestaciones sociales, a los seguros de desempleo, pensiones y jubilaciones, derechos financiados por los impuestos que impone el Estado a la ciudadanía. Son prestaciones a los individuos que comprenden herramientas para su bienestar.

Profundizando en esta idea, la atención a la salud desde la instauración del SNIS es elaborada con el fin atender más allá de lo biológico. Considerando los procesos culturales, el modo de vida, el contexto de los/as usuarios/as como dimensiones importantes a tener en cuenta en el momento de efectuar un diagnóstico médico y/o indicar un tratamiento. Este modelo legitima los procesos educativos de salud en comunidad, los cuales permiten trabajar sobre promoción y prevención.

### **Atención primaria en salud**

La atención primaria en salud (APS) es la estrategia y el eje medular del SNIS. Al hablar de atención primaria en salud es importante hacer referencia a la declaración de Alma Ata en el año 1978. Tal como lo explica Nervi (2008),

esta declaración determina que lo central debe ser las necesidades de la población, aumentando el foco en el trabajo en prevención y promoción en salud, como elemento fundamental que los gobiernos deben tener en cuenta en el momento de trabajar sobre políticas de salud.

Reforzando esta idea, para Nervi (2008) la atención primaria en salud

(...) se basa en los principios de: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientar los servicios a la calidad, la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad. (p. 3)

Profundizando en la atención primaria de salud las instituciones de salud deben fomentar la participación activa de la población, centrándose en las necesidades de los sujetos y en su educación en promoción de la salud. El rol de la ciudadanía en este nuevo sistema es formar parte de las decisiones, pensar en cómo reforzar su actuación en la sociedad dando voz a sus intereses, lo que se conoce como una democracia participativa.

Otra forma de entender o conceptualizar la atención primaria podría ser “puerta de entrada” ya que es el primer contacto con el sistema de salud, orientado a satisfacer las necesidades de las personas respecto a su salud. Como lo mencionan varios autores (Vignolo et al, 2011; Nervi, 2008; Zurro y Jodar, 2011), las APS cuando logran poner en marcha sus cometidos, evitan la sobrecarga del sistema de salud. La APS debe incluir todos los aspectos de la vida del usuario/a, que puedan incidir en su salud, aspectos sociales, económicos, políticos. De la misma forma, debe desarrollar una actitud investigativa de acuerdo al surgimiento de enfermedades más frecuentes en la sociedad en la cual se realiza la atención, a la vez de fomentar la educación hacia los/as usuarios/as sobre una mejora en su calidad de vida. Por último, debe tener en cuenta que es responsabilidad del Estado priorizar a la salud como un derecho y otorgar la información de cómo ejercer ese derecho.

Es importante así indicar que existen tres niveles de atención en salud que organizan los recursos disponibles para la atención médica a los/as usuarios/as. El primer nivel refiere a la atención más cercana al usuario/a, donde concurren frecuentemente. En el segundo nivel de atención el abordaje al

usuario/a en donde atienden los especialistas de distintas áreas médicas de acuerdo a la necesidad que presente el/la usuario/a. El tercer nivel se refiere a los hospitales en los cuales se propone la atención a patologías complejas o crónicas que requieren uso de tecnología adecuada y procedimientos especializados, que se extienden en el tiempo. En cuanto a lo explicitado hasta el momento, Zurro y Jodar (2011) indican que estos procesos de atención colaboran a disminuir el ingreso de usuarios/as a los centros hospitalarios. Esto significa que el trabajo en promoción en salud interfiere positivamente en la intensificación de la atención en los centros de salud.

Es entonces que, dentro de la APS, se encuentra la participación individual y comunitaria en los procesos de salud, adaptando los mismos a la población y sus necesidades. Es importante destacar que no se trabaja únicamente con lo sanitario, sino que también se pueden desarrollar estrategias que se vinculan con temáticas como saneamiento, nutrición, medio ambiente, temas que intercedan en la vida cotidiana de la comunidad y van más allá de la atención en salud.

### **Prevención y promoción en salud**

Con intenciones de contextualizar estos conceptos relevantes se retoman los aportes de Vignolo et al (2011) donde considera que el concepto de prevención refiere al control de factores que pueden ser riesgosos a la salud del individuo, categorizando la prevención en tres categorías primaria, secundaria y terciaria.

En tal sentido, la prevención primaria está orientada a que el surgimiento de la enfermedad sea evitable trabajando sobre sus causas. Por otra parte, la prevención secundaria corresponde a diagnosticar precozmente la enfermedad a través de la realización de estudios médicos de rutina cuando la misma aún no es aparente. Por último, la prevención terciaria refiere a control y monitoreo de el/la usuario/a que se está recuperando clínicamente, realizando un monitoreo de su rehabilitación y tratando de que los daños causados a su salud sean minimizados. Vignolo et al (2011)

Por otra parte, Ortega (2003) indica que al hablar de preventivismo referimos a priorizar lo individual sobre lo colectivo, el saber médico asistencial sobre el sanitario, a priorizar lo privado sobre lo público. Son las conductas individuales las que deben ser observadas para trabajar en estrategias de

intervención por la medicina.

En cuanto a la promoción en salud, está se remite a estrategias de intervención que colaboran a la interacción entre los usuarios/as y la institución en la búsqueda por un cambio en el estilo de vida de la comunidad. Como lo mencionan Vignolo et al (2011) refiriéndose a la Declaración en Ottawa en 1986, la promoción en salud se entiende como “(...) el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (p. 11). De este modo, el individuo, teniendo la información brindada por profesionales sobre cómo realizar el cuidado de su salud, puede ser responsable de sí mismo de acuerdo a cambios en su comportamiento. Al responsabilizarse de su salud, un individuo adquiere nuevos hábitos en su vida cotidiana.

En relación con lo anterior Zurro y Jodar (2011) expresan la importancia de “(...) la autorresponsabilización personal en el cuidado de la propia salud y la capacidad para la toma informada por parte de cada individuo de las decisiones importantes en relación con sus procesos de salud-enfermedad” (p. 6).

En relación a lo explicitado anteriormente es que los hábitos a los que venimos haciendo referencia pueden ser: una alimentación saludable, realización de actividad física, asistencia a controles periódicos de salud, participación en espacios donde se fomente la promoción en salud, entre otros. Estos son hábitos que forman parte de un comportamiento esperado en los sujetos en su vida, responsabilizándose en parte por su salud y su modo de vida, lo que influye en la comunidad. Esta realidad sería posible en un contexto en el cual las necesidades de los sujetos estén contempladas por las políticas existentes.

### **Administración de Servicios de Salud del Estado**

Profundizando con la reforma de la salud mencionada anteriormente, es pertinente mencionar a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que forma parte del SNIS como uno de los prestadores de salud en Uruguay, es un prestador gratuito, que brinda servicios al cuidado de la salud en todo el país y a la vez actúa como coordinador con las demás instituciones que brindan servicios de salud. Luego de la reforma del SNIS el acceso a la salud por medio de ASSE es una opción independiente de los ingresos y a la

vez es el único prestador público y gratuito. Anteriormente a la reforma estaba bajo el mando de MSP.

Luego de la descentralización, ASSE actúa actualmente en el rol de gestionar y coordinar los servicios de salud de todo el país, articulando las políticas de salud relacionándolas entre los ejes descentralizados en el país. Es un organismo descentralizado, prestador de salud y a su vez asegura por parte del Estado el acceso a la salud de las personas en situación de exclusión social. Benia y Medina en OPS APS (2011).

Es entonces que la Red de Atención Primaria (RAP) es una unidad ejecutora de ASSE, que otorga la atención en salud en el primer nivel de atención, otorgando servicios en el territorio a partir de centros de salud, policlínicas, emergencias, urgencias y traslados. De acuerdo a los aportes de Benia y Medina en OPS APS (2011) la RAP-ASSE centraliza su atención en los siguientes ejes.

- Reorganización de la RAP en el territorio.
- Fortalecer la capacidad de la APS.
- Diseñar y ejecutar programas.
- Implementar políticas de recursos humanos.
- Coordinar intersectorialmente e interinstitucionalmente.
- Fomentar la participación ciudadana de forma organizada en la institución.

La visión de la RAP-ASSE consiste en la consolidación del primer nivel de atención, un dispositivo que permita la promoción y prevención en salud. La atención precoz a los problemas de salud. Una atención en salud integral, accesible, de calidad, con un modelo de atención humanizado, abordaje interdisciplinario con participación plena de los /as funcionarios/as y beneficiarios/as.

Por otra parte, lo que se refiere a la misión de la RAP-ASSE. Una atención integral a todos/as los/as ciudadanos/as desde la cobertura de ASSE. Contribuir desde su ámbito a los ejes del SNIS de forma universal e igualitaria, financiando la atención por el Seguro Nacional promoviendo la justicia social.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Referencia de la página de ASSE : <https://www.asse.com.uy/contenido/Mision-Vision-y-Valores-2113> - 06/11/2023

Las unidades asistenciales de ASSE se dividen de acuerdo a las regiones Norte, Sur, Este y Oeste del territorio uruguayo. Esta investigación desplaza la atención en la regional Norte del país, la cual está conformada por un único hospital, por tres centros auxiliares de salud y policlínicas que tendremos como ejemplo en esta investigación forman parte de la RAP. En esta red se encuentran comprendidas 21 policlínicas situadas en todo el departamento de Rivera, todas forman parte de la RAP.

Se explicita que la reforma de la salud anteriormente referida, impactó en el ejercicio ciudadano, dado que amplía los derechos de los mismos, principalmente en lo referido a la salud, se forma integral, impactando desde las esferas de intervención en el acompañamiento y la prevención en cuanto a los derechos a la salud, desde el ámbito social.

## **Capítulo 2 - Derechos sexuales y reproductivos - Legislación vigente**

El foco de este capítulo es presentar la evolución histórica y normativa de los derechos sexuales y reproductivos. En 1948 comienza a hablarse de la necesidad de reconocer a los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos en la Declaración Universal de Derechos Humanos en el marco de las Naciones Unidas. A finales de 1970 comienza a utilizarse la denominación de derechos sexuales y reproductivos, en principio por la feminista Marge Berer cuando participaba de una campaña a favor del aborto en Norteamérica. Luego este término obtiene legitimidad en la sociedad y en la esfera política, al ser utilizado por las feministas de la época cuando se referían a la salud de la mujer, al derecho al aborto, a los anticonceptivos, entre otros elementos relativos a la salud y sexualidad de la mujer. La definición del concepto derechos reproductivos fue aprobada normativamente en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. (Correa, 2003)

Siguiendo con los aportes de Correa (2003) el concepto sufre una reconceptualización constante en relación a los cambios sociales y la normativa que lo reglamenta. Este concepto es respaldado en diversos seminarios y conferencias a lo largo del mundo que ocasionan el reconocimiento. Diversas

conferencias<sup>2</sup> fueron el puntapié inicial para poner en agenda los derechos sexuales y reproductivos. Estas conferencias contribuyeron a dar impulso al reconocimiento de diversos temas relacionados a estos derechos, entre ellos están la familia y la elección de su tamaño, la planificación familiar como un derecho, la justicia social que surge desde el reconocimiento de la salud sexual de las personas, la independencia entre sexualidad y reproducción, la constitución de identidad y libertad de las personas a través de su sexualidad, el disfrute con autonomía, responsabilidad frente al riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, el control de embarazos no deseados, la prevención de la violencia. Es necesario tener en cuenta que los derechos sexuales y reproductivos, así como cualquier otro derecho, se construyen y pueden sufrir distintas modificaciones de acuerdo a los cambios sociales. Estos derechos son aplicados en la sociedad por leyes que regulan el orden social. (Correa, 2003; Pérez, 2014).

De acuerdo a los aportes de Abracinskas (2016), citando a Petchesky y Correa (1994), el acceso a los derechos sexuales y reproductivos debe ser equitativo, libre y justo.

En este sentido, la autora menciona que “(...) hay que asegurar la EQUIDAD para el acceso a los bienes y condiciones, la LIBERTAD de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y condiciones de JUSTICIA para que las diversas decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos) (...). (p. 6)

De este modo, podría sustentarse la autonomía de las personas en relación al ejercicio de sus derechos.

Algunos autores, como es el caso de Pérez (2014), dan relevancia a la influencia por parte de los movimientos sociales de mujeres en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, donde propusieron incluir en la agenda política a los mismos como derechos humanos. Su insistencia propicia la responsabilidad de hombres y mujeres sobre su cuerpo y

---

<sup>2</sup> Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1966, la Conferencia Internacional de los Derechos Humanos en 1968, la Conferencia Mundial de Población de Bucarest en 1974, la Conferencia Internacional de Población en 1984, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994 y la Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en 1995

al Estado en proporcionar herramientas que permitan tomar decisiones a las personas sobre cómo ejercer esos derechos. Por otra parte, Abracinskas (2016) está de acuerdo que estas iniciativas de los movimientos sociales, con hincapié en los feministas son el impulso para lograr cambios en la esfera política, de forma lenta, pero continúa promoviendo cambios en actitudes en la sociedad. Esta autora indica también que los/as jóvenes inciden con una adhesión mayor a esta temática en la sociedad, de acuerdo al respeto por la diversidad sexual, los derechos humanos.

Es entonces que disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos, planificar su familia, construir su identidad sexual, estar informado sobre el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, disfrutar de su toma de decisión en relación a sus elecciones de cómo vivir su vida son algunos aspectos que reconoce Perez (2014) como parte de estos derechos.

Por lo tanto, los derechos sexuales y reproductivos también hacen referencia a la sexualidad, esta implica tener en cuenta elementos biológicos, psicológicos, físicos y sociales que atraviesan el ser humano. La sexualidad está vinculada a la construcción de identidad del sujeto.

Estos derechos permiten a los hombres y mujeres ampliar su ciudadanía. Perez (2014) indica que de acuerdo a la ampliación de la ciudadanía el individuo puede tomar decisiones sobre su cuerpo y sobre cómo expresar su sexualidad en el ámbito público y fomentar su autonomía en las decisiones sobre su vida. Lo anterior podría aumentar el protagonismo de las mujeres en las decisiones sobre su salud, donde pueden ejercer su libertad, a ser reconocidas como personas capaces de tomar decisiones sobre sí misma. Como lo indica el autor “(...)el derecho a ser consideradas como ciudadanas plenas, dignas, libres, y, a ser tratadas como personas y no como seres reproductivos(...)” (p. 73).

En relación a lo explicitado con anterioridad, la ciudadanía plena, permite a las personas la elección, y a su vez, implica atravesar la moralidad y la legislación vigente en cada sociedad para hablar libremente sobre estos derechos, y como ser en el mundo, pudiendo así, elegir sobre su cuerpo, su sexualidad, en definitiva, su presente y su futuro. (Pérez.2014)

### **Derechos sexuales reproductivos en Uruguay**

En cuanto a Uruguay, los derechos sexuales y reproductivos están

legalmente respaldados por la ley N° 18426 aprobada en el año 2008 por el Poder Legislativo. Dentro de sus antecedentes se encuentran diversos proyectos de ley. Por ejemplo, el proyecto de ley en defensa de la salud reproductiva aprobado en el año 2002, promocionando y garantizando la universalidad de estos derechos, haciéndolos visibles en la sociedad con el fin de que sean respetados y reciban la atención necesaria al ser abordados como tal.

En este proyecto de ley presentado en el año 2002 se tuvo en cuenta la mirada de la sociedad civil. Retomando con los aportes de Correa (2003) el Estado es el que debe garantizar la promoción y defender estos derechos, haciendo foco en la diversidad de creencias, en el respeto a esa diversidad y al reconocimiento de esos derechos en una sociedad democrática. Este proyecto contó con el apoyo e impulso de la Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía, Mujer y Salud Uruguay (MYSU), CLADEM Uruguay, gremios organizaciones rurales, PIT-CNT, grupos de jóvenes entre otros representantes de la sociedad civil que impulsaban el proyecto, informando, fomentando el debate en la sociedad y participando a toda la población sobre el mismo. Dichos colectivos han sido fundamentales en el proceso de información sobre la ley de Salud Sexual y Reproductiva.

Dicha ley de derechos sexuales y reproductivos en Uruguay refiere a la importancia de la educación como herramienta para impulsar estos derechos. Esta ley extiende a través de profesionales e instituciones espacios de promoción y prevención en salud, otorgando información a la sociedad, espacios de intercambios. Como lo indica el artículo 2 de la ley 18426 “impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva “.

A partir de lo relatado anteriormente, los servicios de salud de derechos sexuales y reproductivos, son para toda la población, el SNIS está obligado a propiciar estos servicios a todos los servicios de salud del territorio. La mencionada ley indica la coordinación interinstitucional y el derecho de los/as usuarias/os de generar un intercambio con el servicio de salud,

Es así que, la ley 18426 refiere a la publicación del Poder Legislativo en el año 2008 sobre aspectos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos de los sujetos. El ejercicio de la ciudadanía a través de una ley que propone mecanismos de protección de los derechos humanos a través de

transformaciones en la sociedad. La ley 18426 en su artículo 6 indica “(Universalidad de los servicios). Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población (...)” (Art 6)

Esta ley incorpora algunos aspectos que se destacan:

- El derecho a consultas donde se respete la confidencialidad sobre el tema, así como a obtener la información sobre cómo acceder a todos los servicios de salud vinculados a la temática.
- Resalta que todos tienen derechos a dar su opinión, a ser oídos en temas relacionados a su salud, de acuerdo a sus facultades.
- Indica que es obligación del personal de salud estar informado sobre las actualizaciones en las funciones de su cargo y cómo llevar adelante los procedimientos.

En referencia a la universalización y la igualdad de los derechos, esta ley lo indica en su primer objetivo general “universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados (...)” (art 2).

Por otro lado, dentro de estos derechos se encuentra la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). La ley N° 18987, la cual entra en vigencia en el año 2012, despenaliza la voluntad de la mujer de interrumpir el embarazo luego de varios años de antecedentes por abortos clandestinos que ponían en riesgo su salud, formando parte de los protocolos de actuación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Según lo dispuesto en la ley N°18987 en su artículo 2 (...) “La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada (..) para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos siguientes y se realice durante las primeras doce semanas de gravidez”.

En cuanto a los requisitos que menciona la ley IVE refieren a la interrupción dentro de las 12 semanas de edad gestacional, por voluntad de la mujer, siendo mayor de 18 años, ciudadana natural, legal o extranjera con

residencia mayor de 1 año (situaciones particulares: menor de 18 años, y con acreditación judicial de incapacidad). Ley 18987

En lo referido de acuerdo con el artículo 3 de la ley previamente mencionada

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

A su vez, para los casos de violación, la ley prevé otro tiempo, siempre y cuando se presente la denuncia judicial. En esos casos la interrupción se puede dar hasta la semana 14 de gestación.

Otro aspecto a destacar en relación a la edad gestacional, es cuando la continuación del embarazo constituye, a criterio médico, un grave riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada, certificada por la Comisión Asesora del Ministerio de Salud (MS)

En relación a la identidad de la usuaria, esta es protegida durante el procedimiento, de acuerdo a la ley 18.331 denominada Protección de datos personales y acción de “Habeas Data”. (P Legislativo, 2008)

En cuanto al propósito de esta ley, esta decisión de la mujer de no continuar con su gestación forma parte de los derechos que tienen las ciudadanas, el derecho a ser reconocidas como mujeres no solamente por su posibilidad de procrear. En relación a lo expuesto precedentemente y según Perez (2014) las mujeres a partir del reconocimiento de sus derechos, pasan a ser consideradas como personas, libres, con dignidad, y disfrutar libremente de su sexualidad sin la implicación de un embarazo. Más allá del debate moral que surge al hablar de aborto, que ha sido discutido por lo religioso durante muchos

siglos este debe ser considerado como un derecho a la decisión sobre su cuerpo de las mujeres. Es entonces que el aborto provocado es dar término a la gestación mediante procedimientos, que este sea accesible y reconocido no significa que sea obligatorio sino que forma parte de la decisión libre de coerción de la mujer sobre su cuerpo, garantizando que las mujeres sin importar su situación económica frente a un embarazo no deseado, tengan la opción de darle término de manera segura siempre y cuando se cumplan los requisitos para su realización, de este modo disminuyendo los riesgos a los que están expuestas cuando deciden acceder a la clandestinidad existente en la sociedad.

Como lo indica Correa (2003) es un tema de justicia social, donde las mujeres que tienen recursos económicos acceden a procedimientos correctos, con menor riesgos y mejor tecnología, y las mujeres que no tienen esos recursos acceden al aborto clandestino.

De acuerdo con esto los aportes de Batthyany (2011) sobre la maternidad:

La maternidad subsiste como norma social. Las mujeres que eligen no ser madres se someten a presiones de su medio, pues establecen un conflicto con las construcciones de género dominantes. La maternidad es también objeto de regulación social; varias prescripciones en cuanto a la buena edad reproductiva, al número ideal de hijos, a los intervalos entre nacimientos, al período y conveniencia de lactancia materna, muestran esto. (p. 63)

En cuanto a la actuación de los profesionales de la salud la ley IVE determina que deben cumplirse de acuerdo a lo siguiente:

Luego de la asistencia de la usuaria a una primera consulta en la cual manifiesta su deseo por la interrupción del embarazo, el médico debe agendar de inmediato una nueva consulta con un equipo multidisciplinario el cual acompañe el proceso, este equipo se conforma por: ginecólogo, psicólogo y trabajador social.

Lo anterior está establecido en la ley 18987 en su artículo 3:

(...) El médico dispondrá para el mismo día o para el inmediato siguiente, la consulta con un equipo interdisciplinario (...). El equipo interdisciplinario, actuando conjuntamente, deberá informar a la mujer de lo establecido en esta ley, de las características de la interrupción del embarazo y de los riesgos inherentes a esta práctica.

Por lo tanto, es deber de este equipo presentar ante la usuaria las posibilidades de ayudas sociales, de apoyo por parte del Estado en caso de decidir continuar con el embarazo y luego decidir dar en adopción por ejemplo, así como este equipo integrado por esta multidisciplina debe realizar el acompañamiento en todo momento, impartiendo lo expuesto en dicha ley, haciendo respetar el mínimo de cinco días en los cuales la voluntad de interrupción del embarazo debe ser ratificada por la usuaria para dar continuidad al procedimiento médico. (Ley 18987)

Continuando con los elementos de la legislación vigente explicitados hasta el momento, es tarea de este equipo multidisciplinario acompañar, informar a la usuaria de los métodos de prevención de futuros embarazos disponibles e informar del acceso a programas de planificación familiar que informen sobre los métodos anticonceptivos para que puedan ejercer responsablemente su sexualidad. Por medio de este accionar, el objetivo de la ley es evitar la mortalidad materna a través de prácticas de abortos clandestinos. (Ley 18987)

Por lo tanto, se requieren recursos humanos adecuados para trabajar en la educación a la población rompiendo con pre nociones, y realizando un abordaje mediante una intervención educativa sobre métodos anticonceptivos y proporcionando herramientas para que la decisión de la mujer sea libre, consciente e informada sin intervenciones en su decisión por parte del equipo de salud. Por lo explicitado, la ley 18987 en su artículo 4 indica que los profesionales deben “Orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a estos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes”

En el abordaje profesional de este proceso también existe la posibilidad de contactar con el progenitor si es de la voluntad de la usuaria, con el fin de

concientizar sobre el proceso. Este abordaje debe garantizar el respeto a la decisión de la mujer, sin dar lugar a presiones y actuando de acuerdo a los protocolos del MSP.

Por otra parte, en relación al personal de salud la ley 18987, indica que por razones personales se puede objetar a desempeñar su rol en este procedimiento si este se contradice con sus valores y su moral.

Lo anterior se establece en el artículo 11 de la presente ley:

La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios. Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo.

Si lo anteriormente descrito se efectivizara, el personal de salud cuenta con la obligación de realizar la derivación correspondiente a otro/a profesional en el menor plazo posible. Es sumamente necesario contar con profesionales diversificados para actuar en acercar estas leyes vigentes a la población y actuar en conjunto en la sociedad.

### **Capítulo 3: Género y su vinculación con el ámbito rural**

En este capítulo, se presentan conceptos que se entienden como cruciales para este trabajo y a su vez, resaltar la importancia de analizarlos de forma vinculada. Es importante esta mirada, debido a que, algunos aspectos de la ruralidad repercuten en las cuestiones de género, por lo tanto, debemos comprender cómo dialogan estos dos aspectos.

Al hablar de género se hace referencia a un conjunto de construcciones sociales y culturales de lo que se entiende por ser mujer y varón, dichas construcciones varían de acuerdo al contexto y momento histórico. A través del concepto de género se desnaturalizan de algún modo las diferencias que biológicamente se atribuyen a las mujeres y a los varones. Como lo indica Scott

(1968) “(...) género pasa a ser una forma de denotar las “construcciones culturales”, la creación totalmente social de ideas sobre roles apropiados para mujeres y hombres. (...) Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado.” (p. 7).

El sistema de género en la sociedad alude a que prácticas, normas y valores deben reproducir en sociedad los hombres y mujeres, estructurando y organizando la vida social, donde se reproduce la opresión de quienes quedan por fuera de esa estructura.

Para Silva (2017):

Es tal el impacto de esta carga normativa que contiene la estructura de género dominante que justamente el individuo le teme a “desviarse” de la norma y muchas veces queda sometido a una visibilidad o cuestionamiento público no deseado. La norma impuesta no radica en otra cosa que en “una moral de hombres” como lo propone (Foucault: 1984), en la cual dicha moral es pensada, escrita y enseñada por hombres y dirigida a los hombres, claramente libres. (p. 145)

Por lo tanto, en esta estructuración, de acuerdo a los roles que socialmente y políticamente se construyen en la interacción con otros/as, las personas transitan su experiencia y acceden o no a determinados privilegios de acuerdo a su sexo. Esta construcción de género es de acuerdo al momento histórico en el cual es adjudicado, y construido de acuerdo a la cultura y la sociedad de la cual esté vinculado.

Es entonces que la relación entre género, varones y mujeres, involucra relaciones de poder, reforzadas por los estereotipos socialmente aprobados. Esto promueve que se desarrollen distintas habilidades de acuerdo a si sos varón

o mujer. Las responsabilidades y roles que ocupen de acuerdo a la asignación social de tareas, restringen o aumentan las libertades y posibilidades de acuerdo a el sexo asignado al nacimiento. Un ejemplo de esto es que históricamente las mujeres son relegadas a las tareas del hogar, del ámbito doméstico. Dedicándose a la producción en el hogar y cuando se dedican al mundo laboral formal, cumplen doble jornada laboral realizando al llegar al hogar el trabajo doméstico no remunerado. Por más que contribuyan en los gastos del hogar al trabajar al mismo tiempo no se relegan de sus labores domésticas y tareas de cuidado. En este sentido la autora De Beauvoir (1949) indica que la construcción de la mujer es cultural sobre el sexo, los roles de esposa, de madre son parte de supuestos culturales que se reproducen en la sociedad.

Por otra parte, relacionando el concepto género con el acceso a la salud es relevante el aporte de Cardozo (2022) citando a Dahlgren y Whitehead (1991) menciona al concepto de género como un determinante de salud , entendiéndolo que los determinantes de salud como “(...) modelo incluye factores biológicos y genéticos, factores individuales y estilos de vida, factores comunitarios y de soporte social, acceso a los servicios de salud, condiciones de vida, de trabajo y condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales (...)” (p.2). Por lo tanto, la autora entiende que el género puede identificarse como un determinante de salud ya que influye en las condiciones de vida, en cómo las personas se enferman y en el uso de los servicios de la salud de acuerdo al género al cual pertenecen.

Durante el primer gobierno frenteamplista en el año 2005 el concepto género se incorpora como política pública, ingresando el término en el Ministerio de Salud Pública, desestimando la vinculación anterior del término con el rol de la mujer como madre y cuidadora del Programa de la Mujer y del Niño que existía hasta ese momento. Como lo indica Cardozo (2022) es con el impulso de los movimientos feministas que se logra poner en agenda el avance en género en nuestro país. En este periodo se crea en función de la salud sexual y reproductiva el Programa de Salud de la Mujer y Género.

De acuerdo a los aportes de Silva (2017)

(...) esta nueva apertura a la cuestión de género en su sentido relacional, logró trascender muchas de las barreras impuestas, en donde los movimientos

feministas eran mal interpretados (por otros y por los propios movimientos) y se comienza a internalizar la concepción de que la desigualdad siempre se manifiesta con respecto a un “otro” y que, en este caso, repercute en las construcciones sociales e históricas de lo que implica ser hombre y mujer (con claros desfasajes). (p. 145)

En Uruguay en las últimas décadas se ha avanzado en poner en agenda los derechos de género y sus vulnerabilidades. Ejemplo de esto es la despenalización del aborto. Esto no significa que aún no quedan muchos pendientes a ser tratados socialmente sobre esta temática. (Cardozo, 2022)

En relación a lo anterior si bien existen avances entre la brecha de género, la posibilidad de autonomía de la mujer sigue aun siendo limitada. Esto se ve reflejado en que, aunque cuente con un reconocimiento en su decisión sobre su cuerpo a partir de la ley IVE, existe un moralismo externo que recae sobre la misma.

En suma, la desigualdad estructural que existe entre varones y mujeres, y que se reproduce en la propia sociedad, lleva a elegir una de las tantas dimensiones para esta investigación, siendo en este caso referido a la reproducción sexual de las mujeres y la posibilidad de la toma de decisiones por las mismas. Es así que la elección del ámbito rural responde a la necesidad de visibilizar la realidad de las mujeres en dicho espacio.

Siendo así, para entender lo que sucede en la intersección de género y ruralidad, es importante definir de qué hablamos cuando mencionamos a la zona rural por ser una categoría que atraviesa esta investigación. La zona rural se define de acuerdo a su territorio, es así que Vitelli (2003) refiriendo a datos recabados en nuestro país sostiene que la población definida como rural es la de localidades de hasta 2000 habitantes.

Según plantea Vitelli (2003):

Consideramos que, de acuerdo al enfoque señalado, las poblaciones de hasta 2.000 habitantes mantienen un consistente y fluido intercambio con los espacios de población dispersa tanto en lo económico-productivo, como en lo

social, manteniendo por tanto su característica de rural. (p. 3)

Como ya mencionamos en este trabajo, las policlínicas en las cuales se enfoca esta investigación se ubican en el norte del país, zona caracterizada por ser rural ganadera. Es una zona con características propias por lo tanto es importante tener en cuenta las complejidades de quienes residen en esa zona. El departamento de Rivera es reconocido por ser un territorio diverso, fronterizo y con un amplio espacio rural.

Del mismo modo, en su medio rural se percibe, entre otras, una desigualdad en el acceso a los servicios públicos, debido a las distancias en territorio y a la falta de instituciones en este contexto.

Como lo indican Camarero y Del Pino (2021):

El enfoque del “atraso rural” oculta la cuestión de la desigual atención política a los territorios rurales.(...) los derechos de ciudadanía y acceso a las condiciones del Estado de bienestar presentan una profunda brecha en función del tipo de hábitat de residencia. (p. 13)

La distancia en territorio, el costo y la frecuencia del transporte público son factores que dificultan el acceso a los servicios de salud. En el medio rural, esto se percibe como un obstáculo mayor. Si bien, en la actualidad, la brecha entre ciudad y campo se ha reducido, aún persisten diferencias importantes. Los servicios de transporte, salud y educación continúan concentrados en las zonas urbanas, lo cual aumenta la vulnerabilidad social existente en el medio rural.

En referencia al sistema de salud, el aislamiento geográfico es un obstáculo importante para acceder a la atención en salud.

Como lo indican Lopez y Colina (2022):

Las policlínicas más próximas a sus lugares de residencia demoran semanas en asignarles una fecha para consultar y los

recursos en esos centros de salud son muy escasos y precarios. Para realizarse un chequeo completo casi siempre deben asistir a las capitales departamentales o viajar a Montevideo, lo que les implica mucho gasto de tiempo y dinero (p. 44)

Estas características de la ruralidad como lo son el aislamiento geográfico, el mayor trabajo doméstico en la ruralidad, así como también las tareas de cuidado agudizan la brecha de género como ya lo mencioné anteriormente.

El vivir en el medio rural de nuestro país es enfrentar inequidades por las condiciones de la ubicación aislada. Los problemas de comunicación, accesibilidad, equidad de género se agudizan en el interior profundo. Las mujeres rurales realizan trabajos al igual que los hombres en el sector productivo, percibiendo una remuneración distinta. La desigualdad de género se ve intensificada en el medio rural, “Y en muchos casos tampoco disfrutan de un acceso equitativo a servicios públicos, como la educación, la asistencia sanitaria, ni a infraestructuras, como el agua y saneamiento” (López y Colina, 2022, p.21.).

Por lo que se refiere a el género en el área rural, Noack (2010) citado en Camarero y Del Pino (2011) indica que las desigualdades de género tienden a verse aumentadas en comparación con las áreas urbanas. Esto sucede de acuerdo a la menor oferta de trabajo cualificado y mayor dependencia económica de la mujer al hombre con el cual convive y el cual cuenta con un salario.

Es así que Mascheroni (2021) hace mención a las escasas posibilidades que se presentan en el medio rural a las mujeres, quedando relegadas mayormente a las tareas domésticas y de cuidado del hogar. “En las mujeres rurales se solapan diferentes desigualdades de género, clase y territorio que limitan sus oportunidades y dificultan el logro de su autonomía” (Mascheroni, 2021, p. 53).

Teniendo en cuenta que la división del trabajo en el medio rural presenta un conservadurismo asociado a que el hombre realiza tareas productivas y la mujer tareas domésticas y de cuidado, en este sentido

Mascheroni (2021) menciona además que ni el mercado ni el estado presente en el medio rural otorgan otras alternativas que no sean por ejemplo que las responsables de los cuidados de la familia sean las mujeres.

De acuerdo a lo anterior donde se tiene en cuenta el rol de la mujer en tareas de cuidado, es pertinente de los aportes de Sampedro (2008) citado en Mascheroni (2021):

(...) este vínculo entre domesticidad, feminidad y ruralidad presente en las representaciones sociales explica, en parte, la persistencia de unos roles de género muy tradicionales, que llevan a la baja o nula implicación de los varones en las tareas domésticas y a la resistencia al uso de servicios de cuidado. (p. 40)

### **ANÁLISIS - La salud en el medio rural y los accesos a los derechos sexuales y reproductivos en las policlínicas de Minas de Corrales, Vichadero y Masoller.**

#### **Descripción de las Policlínicas de Rivera.**



Respondiendo a las preguntas y objetivos de esta investigación se realizaron entrevistas al personal de la atención primaria en salud en tres policlínicas rurales del departamento de Rivera. Las policlínicas seleccionadas se eligieron con el fin de mapear diferentes zonas del departamento e identificar las realidades de la atención en salud referente a la temática seleccionada en la RAP-ASSE. Las entrevistas se realizaron presencialmente a médicos/as de familia, licenciados/as en enfermería, y auxiliares de enfermería que trabajan en esos centros: Policlínica Minas de Corrales, Policlínica Vichadero y Policlínica Masoller

### **Técnicos/as y frecuencia de atención:**

Las policlínicas rurales cuentan con distintas frecuencias médicas de acuerdo a la especialidad.

En la policlínica de Vichadero, además de la policlínica que funciona entre semana, cuentan con medicina general diariamente, con frecuencias semanales de pediatría y partera., De la misma forma, cuentan con especialistas que se presentan una vez al mes como las especialidades de ginecología, odontología, oftalmología. Integran además el equipo técnico los auxiliares de enfermería que se encargan también de tareas administrativas. Como lo indican en la entrevista N°2 “(...) no tenemos registros médicos por lo cual es una auxiliar de enfermería que cumple con ese rol administrativo.”

En la policlínica de Minas de Corrales la atención es similar a la de la policlínica de Vichadero: medicina general y enfermería diariamente, ginecología, pediatría y partera cada quince días y frecuencias mensuales de diabetología y odontología. Así como en la policlínica de Vichadero, en esta oportunidad el entrevistado/a nuevamente menciona el rol de enfermería como un recurso que es utilizado frente a la falta de personal en policlínica. “(...) nos hace falta una persona para registros médicos o un administrativo que haga su tarea, pero en realidad hoy por hoy lo hace la enfermera que se encarga de todo. Es el recurso que tenemos”.

El personal de salud destaca también que cuentan con el sistema de vacunación lo que lo indican como un recurso frente a las distancias en los pueblos rurales. “(...) todos de los pueblos del alrededor y de campaña prefieren

venir acá que viajar a la ciudad de Rivera, por la distancia sin duda”. (Entrevista N°8)

Por otra parte, en la policlínica de Masoller, se destaca la característica de estar ubicada en zona fronteriza, por lo cual atiende a usuarios/as de Uruguay y Brasil. Los/as técnicos/as que trabajan en este centro mencionan que medicina general concurre dos veces por semana y especialistas en ginecología, partera y pediatría con una frecuencia mensual. En dicha policlínica, la atención en administración, farmacia, enfermería y coordinación es realizada por una única persona, siendo la licenciada en enfermería quien asume esos roles.

Es relevante indicar que de acuerdo a los/as entrevistados/as que los auxiliares de enfermería en las tres policlínicas ocupan muchos roles en el desarrollo de su tarea, realizando actividades que cubren espacios por falta de personal técnico que desarrollan esas tareas, como por ejemplo tareas administrativas.

Por otra parte, también puede indicar que las policlínicas de Minas de Corrales y Vichadero otorgan una atención similar en relación a la población que asisten y la frecuencia de técnicos/as presentes en esas policlínicas. En la policlínica de Masoller las frecuencias de los especialistas son con más espacio de tiempo entre una asistencia y la otra, así como la población que asisten puede ser de nuestro país o ser usuarios/as de la localidad fronteriza perteneciente a Brasil.

<b>Policlínica</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Frecuencia de consultas</b>	<b>Población que asiste</b>
Vichadero	Medicina general	diariamente	Zonas aledañas: La puente, Paso del Parque, Paso Hospital , Cerro Pelado, Arroyo Blanco.  Según Censo 2011 Vichadero cuenta con una población de 5000 habitantes en Vichadero y se piensa que 2500 se atienden en salud pública.
	Pediatría	semanalmente	
	Partera	semanalmente	
	Ginecología	mensualmente	

	Oftalmología	mensualmente	
	Odontología	mensualmente	
	Farmacia / vacunación / administración	de lunes a viernes	
Minas de Corrales	Medicina general	diariamente	Zonas aledañas: La Calera, Las Flores, Amarillo, Manuel Diaz
	Ginecología	quincenalmente	
	Pediatría	quincenalmente	
	Partera	quincenalmente	
	Diabetología	mensualmente	
	Odontología	mensualmente	
	Administración / vacunación	De lunes a viernes	
Masoller	Medicina general	dos veces por semana	Zona fronteriza con Brasil. Zonas aledañas y población brasileña de “Villa Tomás Albornoz”
	Ginecología	Mensualmente	
	Partera	Mensualmente	
	Pediatría	Mensualmente	

	Administración / farmacia / enfermería	de lunes a viernes	
--	--	--------------------	--

La atención en estas policlínicas se realiza de 7 a 17 horas, de lunes a viernes. En Vichadero y Minas de Corrales cuentan con un servicio de emergencia 24 horas. En relación a la población que asiste a estas policlínicas rurales, el personal de salud concuerda en que concurren usuarios/as de zonas aledañas, de zonas pobladas distantes que transitan muchos kilómetros de distancia para llegar a la institución de salud. Mencionando también que en estas zonas la atención pública en salud es la que prevalece frente a los servicios privados disponibles.

Es importante destacar que la policlínica de Masoller se encuentra en zona fronteriza con el país Brasil, por lo cual extiende sus servicios a usuarios/as que residen en el pequeño poblado del país vecino conocido como “Villa Tomás Albornoz” como lo menciona el enfermero de esta policlínica en la siguiente cita de la entrevista: “Toda la población de la zona rural cercana, de la campaña. La población que asiste del lado brasileño por la complementariedad del servicio.” Entrevista N° 3

Cabe destacar que en una de las entrevistas en la policlínica de Minas de Corrales se menciona las condiciones sociales y económicas de la población a la cual asiste, indicando las carencias que existen en estas zonas en relación al desempleo. “En relación a lo social es una población muy empobrecida, en el momento en que cerró la minera hace más o menos 4 años, se vino para abajo el pueblo como sociedad (...)” Entrevista N°6

Por otra parte, también en la policlínica de Minas de Corrales refieren a la asiduidad de determinados usuarios/as al servicio de salud y a la falta de costumbre de acercarse al servicio de salud como prevención o promoción en salud. En relación a este trabajo esto deja ver que las personas se acercan a las policlínicas cuando ya las enfermedades se manifiestan de algún modo, en busca de una atención a la dolencia que presentan.

Tal como lo expresa la entrevistada N° 7:

(...) La población que asiste acostumbramos decir que es la

moneda corriente, la que ves todos los días, porque la población realmente necesita asistencia es esa persona que cuando viene ya viene en última instancia. Las personas de escasos recursos o carenciados realmente ya vienen a la internación.

En las tres policlínicas indican el rol de la mujer como la responsable de acercarse al servicio de salud acompañando a otros/as, esto evidencia el tema de género en lo que refiere a los cuidados. Se evidencia que según las entrevistas concurren más mujeres al servicio de salud, a la vez el motivo por el cual concurren es para la atención en salud de sus hijos/as. Es así que algunos/as técnicos/as de salud refieren a que la captación inicial de estas mujeres puede realizarse mediante este primer contacto que se genera en la consulta por sus hijos/as. Indicando que luego de generar este primer contacto se genera confianza entre el personal de salud y la usuaria.

En este sentido, la entrevistada N° 3 expresa:

Las mujeres vienen generalmente por sus hijos, no por ellas, es más frecuente verlas en consultas con medicina general por sus hijos y ahí trato de captarlas (...) es correr atrás de lo que te digan en esas consultas, a mí me gusta la medicina preventiva entonces vivo atrás de ellas, y bueno después de venir una o dos veces crean la confianza y siguen viniendo.

Esto concuerda con lo expresado por las entrevistadas N° 5, “es mayoritariamente mujeres, en el sistema de salud las mujeres consultan más que los hombres es un hecho. Acá no escapa la realidad. " Entrevista N°5.

Y con lo planteado por la entrevistada N°1:

Pienso que, las que llegan más al servicio siempre son las mujeres, el hombre cuando viene ya es en una situación más extrema, las mujeres somos las que vamos a prevenir y el hombre cuando viene ya viene con la dolencia.

“(…) Esto es más un problema con los hombres que no asisten por sus horarios de trabajo en el campo, entonces siempre se acercan las mujeres.”

Entrevista N°2

Se pone en manifiesto entonces una diferencia que refiere a los roles de género: las mujeres no solo son aquellas que más asisten sino quienes muestran mayor interés en la prevención y no solo responden a emergencias o situaciones que requieren de asistencia médica. A su vez, como se expresa en las entrevistas, el trabajo en el ámbito rural hace más visible la división sexual del trabajo existente. Se aprecia cómo el trabajo no remunerado, principalmente el relacionado con los cuidados, está asociado mayormente con las mujeres, ya que ellas son quienes se acercan con mayor frecuencia al centro de salud por consultas relacionadas con la salud de sus hijos, dónde se generan espacios de confianza que permite un mayor acercamiento del personal con las usuarias.

Cabe destacar que el rol de la mujer en cuanto a la reproducción social y cuidados se ve agudizado en el ámbito rural. En este ámbito, las tareas de trabajo se encuentran mayoritariamente asociadas al uso de la fuerza y resistencia y, por lo tanto, se busca que sean realizadas por el género “fuerte”, es decir, los hombres. Siendo así, las mujeres quedan relegadas a lo doméstico y, cuando no, su participación en tareas laborales es invisibilizada, ya que se considera una “ayuda” y no es remunerada o se percibe una remuneración de bajo valor. En este escenario laboral desigual, se desvaloriza el rol de la mujer y se considera sus tareas como de apoyo a las que realiza el hombre.

### **Técnicas y herramientas utilizadas en las policlínicas:**

#### **Estrategias para la promoción y prevención en salud**

En las entrevistas mencionan la dificultad para trabajar en prevención y promoción en salud. Manifiestan que no hay muchas estrategias por falta de tiempo y recursos humanos. Se observa que es un obstáculo no tener un acuerdo previo sobre cómo abordar estas estrategias. En consecuencia, el trabajo que se realiza con la población queda relegado a las iniciativas vinculadas a la disponibilidad del personal de salud.

Si bien existe un componente de responsabilidad individual, sobre el

cuidado de la salud, la prevención y la responsabilización de su cuidado personal, es pertinente recordar luego de estos datos de las entrevistas, que para que el/la usuario/a tome conciencia de esta responsabilidad debe tener acceso a la educación en prevención y promoción en salud que son responsabilidad de las instituciones en otorgarlas. Teniendo en cuenta que, en la zona rural, el acceso a la información es más dificultoso y que muchas veces las instituciones educativas y las policlínicas son los centros de referencias de la población.

Cabe preguntarnos por qué no se perciben en los relatos de los/as entrevistados/as una postura de cuestionamiento, o de motivación al buscar alternativas al poco trabajo en prevención y promoción en salud como un eje al cual pueden realizar estrategias que generen un cambio. Los/as entrevistados/as asumen la derivación a otros profesionales o al trabajo en otras instituciones ocasionalmente como únicos recursos disponibles, no proponen nuevos métodos dentro de la policlínica de la cual forman parte, asumo así que no lo plantean como algo fundamental en el desarrollo de su tarea.

En la policlínica de Masoller en una de las entrevistas al médico de familia, ante la pregunta de cómo se trabaja en prevención y promoción en salud nos indican que no tienen tiempo para poder trabajar en este eje de atención, por lo cual su trabajo se centra en la atención a tratamientos médicos directamente, no logrando un vínculo con otras instituciones.

Como lo menciona la entrevista N°4 “No se trabaja en conjunto con otras instituciones, no hay tiempo suficiente, por más que nos guste los tiempos vuelan, no puedes dedicarte directamente a eso.” En las demás policlínicas indican que: “No, no, falta mucho para eso, falta tiempo, falta espacio, a veces no tienes tiempo para eso, tenes tareas administrativas, tenes pacientes qué hacer curaciones (...) Falta como un espacio, algo más concreto para trabajar en prevenir enfermedades, en hablar sobre eso (...) Entrevista N°1

“(...) si creo que uno de los problemas es la falta de cultura de asistir al centro de salud no solo en emergencia, sino que asistir más por promoción y prevención, acercarse a cuidar nuestra salud, a seguir los controles.” Entrevista N°2

Por otra parte, una de las pocas estrategias que se presentan para trabajar en prevención y promoción de salud es el trabajo interinstitucional, recordando

que este trabajo es fundamental para la atención primaria en salud. El trabajo interinstitucional que se menciona en este sentido es el articulado con las instituciones educativas, con mayor relevancia el intercambio con los centros CAIF trabajando conjuntamente con las familias de la zona desde diferentes disciplinas. En referencia a esto la entrevistada N° 1 indica que “Si, siempre hay un intercambio con otras instituciones, (...) estamos en contacto permanente con las instituciones educativas”. De acuerdo con esto también en la entrevista N°2 mencionan el trabajo en equipo de los profesionales en las instituciones “(...) trabajamos en conjunto con el CAIF en los talleres de experiencias oportunas con las mujeres, talleres con embarazadas, y ahí nos reunimos con los psicólogos de ahí, los psicomotricistas”. En concordancia con esta estrategia en la entrevista N°8 también hacen referencia a los centros CAIF “La partera ha hecho talleres con el CAIF, con embarazadas por el tema de lactancia, prevención de enfermedades de transmisión sexual (...)”

Por otra parte, si bien no fue una pregunta específica las edades de las personas en las cuales se abordan estos temas, coinciden en algunas entrevistas, que los jóvenes manejan más información, de acuerdo al trabajo en los centros educativos y a la información disponible a la cual acceden.

En palabras de la entrevistada N°6:

(...)los jóvenes están bien orientados porque nosotras vamos como referentes a los liceos, vamos a la escuela agraria para dar charlas y ellos conocen del tema, no son ignorantes del tema  
(...) A veces nos piden un tema puntual, o a veces nosotros vamos a tratar un tema que vemos curiosidad en ellos y ya abrimos el abanico.

De acuerdo también la entrevista N°7 que indica “(...) Pero lo que yo veo por ejemplo es que los gurises, los adolescentes, los jóvenes están bien orientados.”

### **Estrategias para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos**

Como ya vimos el SNIS debe prestar obligatoriamente los servicios de

salud sexual y reproductiva en Uruguay a todos/as los/as usuarios/as, creando las condiciones para una correcta atención a la población. En relación a esto el personal de la salud de estas policlínicas indican en su discurso que, en el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos, mayoritariamente toma relevancia el rol de la partera. Es importante indicar que no logré entrevistar a parteras o ginecólogos en estas instancias, por falta de disponibilidad de los profesionales cuando realizamos el trabajo de campo. El total de los profesionales entrevistados mencionan a la partera como la referente en la cual se apoyan las estrategias de abordaje en los derechos sexuales y reproductivos dentro de esas policlínicas.

Como se puede ver en las palabras de los/as entrevistados/as N° 3 y 8:

“No, por ahora es una iniciativa nuestra, algún viernes viene la partera y charlamos con los que están sobre prevención, métodos anticonceptivos, les hacemos preguntas.” Entrevista N°3

Según lo mencionan en la entrevista N°2 y N°1 al ser consultado/a sobre las demandas que “Asisten más por problemas puntuales, generalmente asisten a la partera porque se sienten más a gusto con ella, (...) asisten para charlar con ella y no necesariamente para realizarse un estudio específico (...)" Entrevista N°2

“La partera atiende en relación a colocación de chip, diu, atiende una vez por semana, y con ella realizan las consultas específicas las mujeres”. Entrevista N°1. Nuevamente se observa que la falta de recursos es un obstáculo para que la población rural acceda plenamente a sus derechos en materia de salud. La dedicación y disponibilidad del personal de salud son elementos determinantes del tipo de atención que reciben los/as ciudadanos/as, particularmente las mujeres.

Por otro lado, otro elemento presentado por los entrevistados es la dificultad para tratar temas vinculados a esta temática dada la estigmatización que enfrentan, particularmente en la zona rural. Por ejemplo, el tratamiento de ITS, embarazos no deseados, entre otros, pueden generar resistencias o vergüenza en los usuarios.

En referencia a esto comentan en la entrevista N°6:

(...) Lo que pasa que en un pueblo chico (...) cualquier enfermedad de transmisión sexual por ejemplo se maneja tabú, entonces la gente lo oculta, consultan cuando ya está muy avanzada la enfermedad y con una sintomatología muy importante, es un tema muy tabú para abordar, me imagino que en otras villas también. Entonces está en cómo cada profesional aborda este tema (...)

El trabajo en educación de la sociedad, en acercar la información correcta, en relevar las necesidades, las creencias y demandas de la comunidad deberían ser parte de todos los espacios de salud como lo mencionan los autores. Sería difícil pensar que las personas puedan conocer sus derechos, y reclamar por los mismos, si estos no están informados.

Por otra parte, otra estrategia que surge es el trabajo interinstitucional en el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos en las instituciones educativas.

De acuerdo con esto se menciona en la entrevista N°8

La partera hace la parte de planificación familiar, consultas con las usuarias sobre métodos anticonceptivos, realización del pap, colocación de implantes subdérmicos y todo eso. La partera ha hecho talleres con el CAIF, con embarazadas por el tema de lactancia, prevención de enfermedades de transmisión sexual (...)

En referencia al trabajo con otras instituciones surge un factor novedoso que refiere a la atención de una de las policlinicas en zona fronteriza con Brasil. Un enfermero entrevistado indica como “complementariedad de servicio” el intercambio existente entre países en la atención primaria en salud. Esto refiere a que, la policlínica que se ubica en la zona fronteriza, donde los límites son difusos, brinda servicios a la población de las zonas aledañas sin discriminar el país al cual pertenecen. Es relevante indicar que esta “complementariedad de

servicio” mencionada no es equitativa para ambos países, dado que del lado uruguayo si existe una policlínica fija y del lado brasileño existe un servicio de salud ocasional, que se presenta algunas veces al año con especialidades determinadas en algunas jornadas.

Surgen así desafíos y problemáticas vinculadas al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos específicos en las zonas fronterizas. Esto evidencia las carencias en el interior donde las pocas instituciones que están son las que deben dar respuesta a las demandas independientemente de donde surjan.

Es así que el/la entrevistado/a N°5 menciona:

Este tema es bastante complejo porque trabajar (...) por ejemplo en lo que son las ITS este en Uruguay hay una regulación con lo que son los trabajadores sexuales por ejemplo pero en Brasil no existe (...) Todos sabemos que muchas de esas trabajadoras sexuales conformaron sus familias ahí y se reproducen y ahí pensamos ¿cómo lo trabajamos? porque desde lo legal no teníamos cómo hacerlo, qué protocolo seguir y entonces empezamos a trabajar desde lo chiquito, concientizar, entrar en contacto con las personas que eran referentes, traer esas trabajadoras sexuales dentro de la policlínica (...)

Al ser consultado en referencia a los recursos disponibles en la policlínica de Masoller, el entrevistado N°5 indica que:

Básicamente es la policlínica con los recursos de la RAP. En algunas ocasiones recibimos apoyo de la parte de la ITS del Hospital (...) En algunas ocasiones con la complementariedad de servicio con la parte de Brasil, se hacen jornadas conjuntas donde ellos ponían sus técnicos.

## **Abordaje Ley IVE:**

### **Abordaje: estrategias, protocolos de atención y recursos disponibles.**

En el total de las entrevistas realizadas al ser consultados/as sobre la implementación de la ley IVE, nos indican que en ninguna de las policlínicas se cuenta con la atención de acuerdo al abordaje establecido en la ley N° 18987 para el protocolo de atención en la ley IVE. Estas policlínicas indican que en el departamento de Rivera por la RAP-ASSE existe esta atención solamente en una policlínica ubicada en la zona urbana del departamento, a la cual todas las demás policlínicas utilizan la estrategia de realizar las derivaciones. Existe una concordancia en el discurso de los/as entrevistados/as de acuerdo a la necesidad de realizar las derivaciones luego de la consulta de la usuaria.

Como lo mencionan en la entrevista N° 2:

Tienen que ir a Rivera, a la Policlínica Royol. (...) allá se asiste dos veces por semana los martes y jueves, nosotros hacemos la conexión previa para que vayan ya con las extracciones de sangre realizadas, para que ya vayan con el beta positivo.

En concordancia también con la entrevista N° 4 y 7: “Le hacemos las derivaciones a la policlínica de IVE que está en Rivera (...)” Entrevista N°4.

Y en la entrevista N° 7 expresa que:

(...) se coordina con el grupo que hay en Rivera que pertenece a la RAP que tiene psicólogos y todo lo que tiene que tener el equipo y se la deriva ahí. Si se le hace un seguimiento después que ella concurre ahí se sabe, se le pregunta si necesita otra consulta, (...) muchas veces ellas vienen a contar cómo les fue.

Por otra parte, las personas entrevistadas refieren a que se realizan los análisis iniciales en la policlínica y luego pasan a la derivación a la ciudad de Rivera, como lo indican en la entrevista N°2 “(...) el paciente ya va con los análisis de sangre y demás. Ellos son los que continúan después con el seguimiento y demás. Se realiza únicamente en esa policlínica”.

No hacen falta solamente los recursos humanos para el abordaje sino también los instrumentos necesarios, como lo menciona la entrevistada N° 8 “(...) en la interrupción es necesario un seguimiento con ecografías también y acá no lo tenemos, tienen que trasladarse si o si a la RAP de Rivera”.

Es así que podemos decir que en todas las policlínicas entrevistadas cuando se solicita el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, el personal de salud no tiene otro recurso que la derivación.

Es relevante mencionar que en los discursos de los entrevistados no se evidencian posturas de cambios, de generar o pensar alternativas a estas dificultades, al contrario, se percibe una naturalización de la derivación como único recurso.

### **La percepción de los trabajadores de los centros de salud, entre dificultades y posibilidades.**

Las resistencias individuales morales o religiosas podrían generar dificultad a la usuaria en el momento de tomar su decisión. Los profesionales de la salud, los médicos, que atienden primeramente a la usuaria solicitando el aborto enfrentan a su postura religiosa, moral, y muchas veces es una dificultad luchar contra la postura personal sobre el aborto. Es relevante tener en cuenta que se establece en la legislación la objeción de conciencia para los profesionales que no deseen participar del procedimiento.

Frente a lo descrito anteriormente, la entrevistada N° 3 indica que:

(...) trato de no interferir mucho, como que en lo personal no estoy muy a favor, entonces trato de aconsejarlas que hay otros medios y se las paso para el ginecólogo y deciden con él. (...) Como consejo como parte personal mía, no lo haría, por algo Dios te lo mando (...) algunas a veces desde acá no van al ginecólogo y si ya se agendan con la partera para seguir controles porque cambiaron de idea, y van a hacer el control de embarazo. Depende de la elección de cada uno, pero hoy en día

la que queda embarazada es porque quiere (...)

Este tema también se menciona en otras entrevistas. Según la entrevistada N°4 “(...) siempre como que les digo que si hay niños tengo trabajo, medio en broma, entonces siempre se las deriva es el único recurso que tienen.”. Así, como para la entrevistada N°5 “(...) Pero siempre que se detectaba el embarazo, siempre tenían ese recurso porque es un derecho, más allá de las creencias de cada uno. En el tiempo en la policlínica nunca tuve ninguna interrupción.”

La cercanía con la usuaria, la vecindad de los territorios rurales conforma entre otras cosas una intimidad entre el personal de salud y los/as usuarios/as, confianza que muchas veces también es entrelazada por el moralismo de quienes deben otorgar una atención imparcial al usuario/a. Lo anterior, deja en evidencia que no se cumple con el ejercicio libre de los derechos sexuales por todos/as los/as usuarios/as de acuerdo a los aportes de los autores anteriormente mencionados. Las entrevistas dejan entrever que los profesionales de salud entrevistados no son imparciales en su abordaje, o que gestionan el tema de la IVE a partir de sus opiniones personales subjetivas a su propia percepción de lo que es correcto o deja de serlo.

En este sentido lo indican en la entrevista N° 5:

En mi caso en el medio rural, lo que he visto que la interrupción voluntaria no se da mucho (...) como que también se construye una intimidad con la gente de que podían ir a buscar la pastilla de emergencia si lo necesitaban y difícilmente llegaban a la interrupción.

Por otra parte, se percibe un énfasis en el transporte y la dificultad para acceder a la única policlínica que tiene los recursos y protocolos para la atención a mujeres que deciden interrumpir su embarazo voluntariamente. Dado que en las demás policlínicas del departamento de Rivera por la RAP-ASSE no cuentan con personal especializado en la temática, en las entrevistas mencionan a la derivación como la opción que tienen disponible. Estas usuarias se enfrentan al obstáculo de residir en el interior profundo donde el acceso a

los servicios es más complejo que en la zona urbana. Las distancias en territorio se agudizan cuando los servicios de transporte no son frecuentes, muchas veces con una o dos frecuencias diarias. Los recursos económicos también son relevados en este proceso, el costo del transporte para acceder a la policlínica genera un obstáculo mayor a quien toma esta decisión.

Así se menciona en la entrevista N°2 “(...) “La paciente tiene que ir a la ciudad, estamos a 140 km así que son 3 horas de viaje y es una dificultad (...)

En relación a esto, en la entrevista N°7 expresa:

Tenemos la dificultad por ejemplo que le proporcionamos los pasajes, pero la empresa que está licitada tiene un horario que sale a las seis de la tarde de acá de Corrales y la persona tiene que tener donde pernoctar en Rivera o estar muy decidida a pernoctar en la calle o en la sala de espera de un hospital, porque le proporcionamos los pasajes, pero no la estadía. Pasa todo el día siguiente en Rivera y para volver tiene que volver el día siguiente porque el ómnibus sale a las cinco de la mañana de Rivera, prácticamente son dos días lejos de la casa.

Esto también se identifica en las palabras de la entrevistada N°8:

(...) es el único lugar un martes de mañana, donde tiene que ir a la primera consulta, luego ir para la ecografía y después ir para recibir la medicación y el seguimiento, es decir son varios costos que muchas veces la gente no tiene como asumir, y trasladarse varios kilómetros. Por eso tenes que tener muy decidido realizarlo.

**Rol TS en el ámbito de salud en las policlínicas de Minas de Corrales, Vichadero y Masoller**

El trabajo social se encuentra vinculado a la medicina desde sus orígenes, constituyendo un campo de actuación profesional.

Es así que es importante mencionar que en la ley N° 18987 sobre la interrupción voluntaria del embarazo se propone que entre el equipo multidisciplinario que debe realizar el abordaje y acompañamiento del proceso, está el rol del trabajo social. De acuerdo al relevamiento de las entrevistas confirmamos la postura inicial de que, en las zonas rurales del departamento de Rivera, no llega el ejercicio de la profesión de trabajo social en el área de salud por la RAP-ASSE.

Es importante también destacar que los roles de trabajo social muchas veces son confundidos y lleva a creer que pueden ser ocupados por otros/as profesionales. En palabras de la entrevista N°3 “Cuando necesito algo de apoyo generalmente voy con la Nurse y ella es la que desata los nudos de saber a dónde derivar, yo trato de iniciar y derivó a ella. (...)”.

Desde este mismo punto de vista en la entrevista N°4 mencionan que “(...) falta un equipo de contención, en el interior uno trabaja en red y va solucionando los problemas que tiene en forma puntual pero dentro de las cosas puntuales hay un abanico de cosas que no se solucionan nunca”.

En estas zonas rurales el abordaje desde lo social se realiza desde lo interinstitucional como lo mencionan en las entrevistas. Nuevamente surge el intercambio interdisciplinario con los centros CAIF.

Como lo indican en la entrevista N° 1 y N° 7: “Lo social se trabaja en conjunto con el CAIF por ejemplo que ellos tienen trabajador social (...)” Entrevista N°1.

En este sentido en la entrevista N°7 se expresa que:

En el CAIF habían asistentes sociales que venían (...) te dan una idea pero no se vinculan con un caso nuestro, no es un acompañamiento. Considero la falta de asistente social para acá, lo pedimos a gritos, tenemos situaciones difíciles, vulnerables (...) que necesitan un seguimiento y esas personas quedan a la deriva. Si no son trasladadas a Rivera.

La falta del abordaje social desde el área de la salud en estas zonas rurales, se evidencian en los discursos.

En todas las policlínicas se presentan en los discursos demandas sociales, que no son atendidas por la falta de equipo social en la RAP.ASSE en las zonas rurales. Así lo indica la entrevista N°3 “Nos hace mucha falta lo social, no tenemos no se porque (...) hay demandas, usan asistentes sociales del mides de otros lados porque hay demanda.”

De acuerdo con esto, surgen otros aspectos como el sentido de pertenencia y su importancia para las acciones colectivas en el discurso de la entrevista N°5 “Si existe esa falta, uno con esa impronta trataba de mantener el pueblo arriba, (...) mantener el vínculo con los vecinos, comisiones barriales, darle un sentido de pertenencia a la gente (...).

La falta de un abordaje desde el área social, en estas zonas evidencia una falta respuesta en el sector de la salud a las carencias de la población. En referencia a esto la entrevista N° 6 indica que “(...) el abordaje de la pobreza es muy importante porque, muchas veces los problemas de enfermedad surgen de problemas socioeconómicos. Acá tenemos muchos problemas sociales que no son abordados, y geográficamente estamos mal también para la parte médica (...)”.

Una de las entrevistadas refiere que en la RAP-ASSE Rivera cuentan con un abordaje desde el trabajo social, que está centrado en la zona urbana. Con lo cual se genera de algún modo un intercambio telefónico por cuestiones puntuales.

En palabras de la entrevistada N°2:

Por parte de la RAP lo único que tenemos es un contacto telefónico por algo puntual con la trabajadora social de la RAP que está en Rivera. Lo que más se ve son problemáticas con adultos mayores que están solos y el apoyo que tenemos es derivar por teléfono y de ahí esperar que se coordine como seguir. (...) Si existiera un equipo social acá la población necesita, no solamente niños y adultos mayores, sino población

adulta que tienen problemáticas que necesitan (...) no tengo una referencia específica porque entiendo que en la RAP hay solo una trabajadora social y está en Rivera.

A partir de los discursos podemos percibir como la atención social a los/as usuarios/as queda relegado al personal de salud que puedan o deseen abordar más allá que las problemáticas de salud, dado que no cuentan con un espacio al cual derivar en la misma policlínica.

### **Reflexiones finales:**

El presente trabajo analizó el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la zona rural del departamento de Rivera y de la implementación de la ley IVE. A partir de dicho análisis se desprenden las siguientes consideraciones finales, de acuerdo a los objetivos planteados, así como también una reflexión sobre el rol del trabajo social en el campo de la salud.

Cabe destacar que dicha investigación no pretende generalizar lo que sucede en las policlínicas rurales, sino que se refiere a la muestra seleccionada que comprende tres policlínicas de Masoller, Minas de Corrales y Vichadero.

Los principales hallazgos del trabajo realizado son, en primer lugar, la falta de recursos en estas policlínicas. Dicho aspecto no refiere únicamente a recursos económicos, sino a todos aquellos necesarios para un correcto acceso a la salud, principalmente en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, con especial énfasis en la ley IVE. Se observa la necesidad de contar con mayores recursos humanos, o disponibilidad de tiempo de los/as técnicos/as para trabajar en el contexto de las policlínicas de la zona rural del departamento de Rivera. Esta carencia de recursos afecta a la atención que se realiza a la población desde la atención primaria en salud en estas policlínicas lo cual impacta directamente en el ejercicio de derechos fundamentales sobre prevención, acompañamiento, y decisión sobre su cuerpo. A su vez, existe una violencia simbólica que muchas veces lleva a que los derechos sexuales y reproductivos, así como también la interrupción voluntaria del embarazo sea estigmatizada y existan juicios moralistas por parte de los profesionales que los abordan. Estas actitudes pueden influir en la calidad de la atención brindada y

perpetuar barreras para el acceso pleno a los derechos, lo que subraya la necesidad de un enfoque basado en derechos y respetuoso hacia las decisiones y experiencias individuales.

De acuerdo con la información obtenida de los/as entrevistados/as, para los/as usuarios/as acceder a los servicios de salud en zonas rurales implica enfrentar la dificultad añadida de las largas distancias. Esta situación se convierte en un obstáculo significativo para recibir una atención médica oportuna y adecuada, ya que la lejanía de los centros de salud limita tanto la frecuencia como la accesibilidad de los servicios, afectando especialmente a las personas que no cuentan con recursos de transporte suficientes.

De esta forma, respondiendo a los objetivos específicos planteados, en relación a las técnicas/herramientas que utiliza el equipo de salud en promoción y prevención en derechos sexuales y reproductivos, se observa que el trabajo que se realiza es escaso, insuficiente por una carencia de recursos disponibles, sean recursos humanos o disponibilidad de tiempo. La estrategia que se presenta fuertemente en todos los discursos es la derivación entre profesionales, incluyendo otra policlínica del departamento. Se evidencia que la promoción y prevención de los derechos sexuales y reproductivos, en la mayoría de los casos, es abordado por el rol específico de la partera, demostrando que falta una presencia más interdisciplinaria para esta temática. Esto significa que existe una falta de protocolo en la atención y espacios de trabajo específicos. Algunas estrategias que podrían ser utilizadas son la generación de espacios de diálogo en las salas de espera, espacios de cartelería, programar charlas dirigida a los/as usuario/as de forma periódica para aclarar dudas sobre el tema dentro de la misma comunidad que asiste a la policlínica.

Por otra parte, otra técnica utilizada es el trabajo interinstitucional que se desarrolla en estas policlínicas, vinculado específicamente con los centros CAIF y centros educativos. Esto sucede siempre y cuando se generen iniciativas y disponibilidad para realizarlo desde las instituciones educativas, porque desde las policlínicas no se cuenta con un equipo de profesionales que estén orientados/as directamente a gestionar este intercambio interinstitucional.

Frente a la situación descrita, es perceptible que debe trabajarse fuertemente en incrementar el trabajo en prevención y promoción en salud en estas policlínicas, teniendo en cuenta que el acceso a los derechos sexuales y reproductivos es un derecho de todos/as los/as usuarios/as.

En cuanto al abordaje de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y los recursos y protocolos vigentes, es fundamental señalar la falta de recursos disponibles en las policlínicas para tratar este tema de manera adecuada. Esta situación revela importantes debilidades en el proceso de implementación, afectando la calidad de la atención y limitando la posibilidad de brindar un acompañamiento integral a las personas usuarias.

Es importante destacar que en estas localidades donde no hay disponibilidad de un equipo interdisciplinario que realice el abordaje inmediato de la situación, donde los protocolos establecidos por ley deben ser modificados por las carencias de los servicios de salud disponible, el ejercicio de los derechos de las usuarias se ve limitados. En estas policlínicas se dificulta aún más acceder a los protocolos vigentes a tiempo, al recorrer las distancias en territorio, a contar con los recursos económicos para trasladarse a la parte urbana del departamento, vulnerando las posibilidades de las mujeres ejercer sus derechos con autonomía.

Si bien los/as técnicos/as de estas policlínicas reconocen que el derecho de la mujer está asegurado por ley, se observa a través de los relatos de las entrevistas los cuestionamientos de carácter moral y el tabú sobre la interrupción de un embarazo, resaltando que la decisión de las mujeres aún sigue siendo muy cuestionada.

Desde el inicio esta investigación se planteó como hipótesis la escasa presencia de trabajo social en la RAP ASSE de la zona rural de Rivera, lo cual se evidenció desde un inicio con la entrevista (exploratoria) a la Trabajadora Social y queda aún más en evidencia luego de las entrevistas y el conocimiento en territorio de dichas policlínicas.

El trabajo social está presente en diferentes sectores de intervención de políticas sociales. La salud forma parte de estos sectores donde la profesión interviene, accionando en función de la resolución, acompañamiento de conflictos que allí se manifiestan. El Trabajo Social puede aportar desde un abordaje interdisciplinar y más integral en el diseño de políticas sociales, como ejecutor de la mismas y también desde un asesoramiento conceptual.

Por ello, es importante mencionar que la relación entre medicina y trabajo social está vinculada al acercamiento de los servicios de salud a la comunidad, y al saber médico el cual transversaliza lo académico, desde lo teórico y práctico. Por lo tanto, podemos decir en relación a este trabajo que

tienen escasas estrategias de atención en prevención y promoción en salud, apenas se vinculan con la comunidad y en algunos lugares el único vínculo interinstitucional es con el CAIF. Este rol de acompañamiento, referente y promotor de derechos podría suplir exitosamente el trabajo social.

De esta forma, la prevención, educación y acompañamiento se tornan fundamentales en cuanto a la intervención del Trabajo Social. El mismo interviene en la vida cotidiana de las personas, en este caso de las mujeres, acompañando sus procesos de decisión, por lo que se hace necesaria una mayor presencia en el territorio.

Para finalizar, a lo largo de la investigación se visualizan distintos aportes y estos permiten indicar que en estas policlínicas entrevistadas del departamento de Rivera se ponen en riesgo los derechos de las usuarias en el momento de acceder a las policlínicas rurales. Tanto sea en relación a cualquier aspecto de los derechos sexuales y reproductivos y aún más cuando se presentan solicitando la interrupción del embarazo no deseado, mientras que la única opción que le presentan es recorrer varios kilómetros de distancia para acceder a ese derecho en un local y día específico. Por más que sea un derecho adquirido frente a estas carencias el derecho es vulnerado en su aplicación, dado que en la práctica se vulnera el hacer uso del mismo.

Asimismo, resulta pertinente destacar que a lo largo de las entrevistas surgió la preocupación por la falta de equipos interdisciplinarios en las policlínicas. Dado que los temas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres son de gran sensibilidad, se considera fundamental un enfoque integral que involucre diversas disciplinas para su abordaje adecuado. Además, se subraya la importancia de los recursos, no sólo en términos económicos, sino también en lo que respecta a la disponibilidad de personal capacitado, cuya ausencia afecta significativamente la calidad de la atención brindada.

Reconozco la importancia de visibilizar lo que ocurre en el ámbito rural, sin pretender hacer generalizaciones, pero entendiendo que existen desafíos significativos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en todo el territorio nacional. Estos desafíos plantean interrogantes fundamentales sobre la equidad en el acceso a estos derechos. En este sentido, para concluir este trabajo, surgen las siguientes preguntas: ¿Cuál es el papel del Trabajo Social en la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva en nuestro país? ¿Qué lugar ocupa el Trabajo Social en la implementación de

la Ley 18.987? ¿Cuáles son los principales obstáculos a nivel de las políticas públicas que dificultan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en las zonas rurales? Estos cuestionamientos abren el camino para reflexionar sobre el impacto o incidencia de las políticas actuales y el rol profesional en la superación de las barreras estructurales que persisten en este ámbito.

### **Bibliografía:**

- Abracinskas, L. (2016) “*Si son tus derechos ¿Por qué no hacerlos valer? Panel 4: Mi cuerpo, el lugar que habito, derechos sexuales y derechos reproductivos para la emancipación.*” Jornada Feminista “Conectar para emancipar” - Conexión fondo de emancipación. UdelaR, Montevideo, Uruguay
- Barba, C. (2004) *Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del consenso de Washington.* Revista Espiral, México.
- Batthyany, K. Cabrera, M. Alesina, L. Bertoni, M. Mascheroni, P. Moreira, N. Picasso, F. Ramírez, J y Rojo, V. (2011) “Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial”.
- Batthyany, K. (2011) *Uso del tiempo y trabajo no remunerado: división sexual del trabajo y contratos de género. Un estudio de caso en el medio rural familiar.* Montevideo, Uruguay
- Benia, W. y Medina, G. (2011) *Construcción de una red continente. APS y Primer nivel en el cambio de modelo de atención de Montevideo. Uruguay 2005-2009* ● Bentura, C. (2006) *Trabajo Social en el Campo de la Salud. Un desafío académico.* Universidad de la República, FCS/DTS
- Camarero, L y Del Pino, J. (2021) *Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS,* vol. 34, n.º 49, julio-diciembre-2021.
- Cardozo, V. (2022) *Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2020). Avances y desafíos pendientes.*
- Castel, R. y Haroche, C. (2003) *Propiedad privada, Propiedad Social, Propiedad de sí.*
- Corbetta, P. (2003) *Metodología y técnicas de la investigación social* México, MC Graw Hill.

- Correa. S. (2003) *Los derechos Sexuales y Reproductivos en la arena política*. MYSU, Montevideo
- De Beauvoir, S. (1949) *El segundo sexo*
- Ley N° 18987 *Interrupción voluntaria del embarazo. Ley del aborto* ● Ley N° 18426 *Salud sexual y reproductiva*
- Ley N° 18.211 *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo - Uruguay
- López, K y Colina, R (2022) *La situación de la mujer rural en Uruguay*
- Márquez, S. y Meneu, R. (2007). *La medicalización de la vida y sus protagonistas*. En: Eikasía. Revista de Filosofía N° 8.
- Mascheroni, P. (2021) *Ruralidad, cuidados y políticas públicas. Reflexiones a partir del caso de Uruguay*.
- Ministerio de Salud Pública. (2009) *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2005-2009*. González T, Olesker D. Equipo compilador. MSP. Montevideo.
- Nervi, L. (2008) *Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud. En Movimiento por la salud de los pueblos. Memoria del Encuentro Regional "Retos para la Revitalización de la APS en las Américas*. El Salvador
- OMS (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS*.
- Ortega, E. (2003) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. UDELAR. Montevideo-Uruguay ● Ortega, E. (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Capítulo I: Los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya durante la primera mitad del siglo XX*. UDELAR. Montevideo Uruguay
- Pérez, R. (2014) *Derechos sexuales y reproductivos*. Venezuela
- Silva, K. (2017) *Desigualdades de género y su reproducción. Una mirada al trabajo femenino en la producción familiar*
- Scott, J. (1996) *El género: una categoría útil para el análisis histórico. Lo público y lo privado desde los estudios de género*. Grupo

Multidisciplinario de Estudios de Género. Área de Estudios Multidisciplinarios. Selección de textos: Profs. Susana Rostagnol y Graciela Sapriza. Publicaciones Universitarias 2000. PHCE, UDELAR. Tomado de Marta Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México*

- Sollazzo, A y Berterretche, R (2011) *El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria*. Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo - Uruguay
- Vázquez, R. (2008) *Temas de Salud Pública- Determinantes de la salud*. Montevideo - Uruguay
- Vitelli, R. (2003) *La situación de las Mujeres Rurales en Uruguay*. Montevideo, diciembre de 2003.
- Vignolo, J. , Vacarezza,M , Álvarez, C y Sosa,A (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Montevideo - Uruguay
- Zurro, A. y Jodar,G. (2011) *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*.