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

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Un análisis de la implementación de la Ley 18.426.
"Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y
Reproductiva"
Desafíos para el Trabajo Social.**

Isabel Echenagusia

Tutor: Carla Calce

2011

***“Mi obra no será de especulación científica
Quiero ofrecer a la humanidad un
espejo en que vea reflejada sus
pasiones, su miseria, sus vicios.”***

Florencio Sánchez

Lista de siglas

APS Atención Primaria en Salud

CCZ Centros Comunales Zonales

CNS Comisión Nacional de Seguimiento para las Mujeres

CIPD Conferencia Internacional para la Población y el Desarrollo

DDSSRR Derechos Sexuales Y Reproductivos

IM Intendencia de Montevideo

MSP Ministerio de Salud Pública

MYSU Mujer y Salud en Uruguay

PAIM Programa de Atención Integral a la Mujer

RELACAHUPAN Red Latinoamericana y del Caribe la Humanización del Parto

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

SSR Salud Sexual y Reproductiva

Índice

Índice.....	1
Introducción.....	3
Democratización de la Información: Relevancia del tema para el Trabajo Social.....	7
Justificación: Pertinencia y actualidad del tema.....	9
Población objetivo de la investigación de campo.....	11
1-Marco teórico.....	12
1.1 Antecedentes.....	12
1.1.1 Trayectoria de la Legislación Uruguaya en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos.....	12
1.2 Derechos sexuales y reproductivos: breve reseña histórica del proceso uruguayo post-dictadura.....	14
1.2.1 Derechos Sexuales y Reproductivos: surgimiento y conceptualización.....	14
1.3 Debate social y político en los intentos de legislar en materia de Derechos Sexuales y Reproductiva.....	17
1.4 Algunos hitos del debate parlamentario en Salud Sexual y Reproductiva y sus resultados.....	19
1.4.1 Contexto socio-político en el que se discute el proyecto de Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.....	20
1.4.2 Aprobación de la ley 18.426 Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.....	22
1.5 Mas Derechos... ¿Mas Ciudadanía?.....	24
2- Relaciones entre varones y mujeres en lo público y lo privado.....	27
2.1 La esfera privada: lo oculto, lo prohibido, la sexualidad.....	27
2.2 Lo público y lo privado como condición para la lucha de los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	30
3- Sistema Nacional Integrado de Salud.....	34
3.1 ¿Cambios o reformas en el Sistema de Salud?.....	34
3.1.1 Algunas prácticas y valores antecedentes en el Modelo Nacional Integrado de Salud.....	35
3.1.2 "El poder de Curar".....	35

3.2 Incorporando la perspectiva de Género al análisis del SNIS.....	39
3.2.1 La mujer, “un aparato genital”.....	39
3.2.2 Salud Sexual y Reproductiva: una parte inherente del Derecho Humano a la Salud....	41
4- Una paradoja: La dificultad de estar informados en el mundo de la hiper información.....	45
4.1 Descentralización, Programa de Atención Integral a la Mujer. Sus comienzos: objetivos, fundamentos e implementación.....	46
4.2 La (des) información: una forma de conocer y conocerse, Nudos para el Trabajo Social... 48	
4.3 Equipos interdisciplinarios, el lugar del Trabajo Social. ¿La auto percepción de una profesión subordinada?.....	51
4.3.1 El lugar del Trabajo Social en las policlínicas hoy: Un vacío que se siente.....	52
4.3.2 Cuidando de los otros. Ser mujer: ¿condición para un lugar en la profesión?.....	53
4.4 Reflexiones Finales.....	55
4.5 Fortalezas y Debilidades.....	58
Referencias Bibliográficas.....	59
Anexos.....	63

Introducción

El presente trabajo se constituye en la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social. El interés sobre el tema surge a partir de la práctica pre-profesional de MIP III realizada el año 2009, enmarcada en el programa Comuna Mujer del Centro Comunal Zonal 10 (CCZ, en adelante). En esa oportunidad pudimos trabajar en algunas situaciones con las mujeres usuarias del servicio donde se abordaban distintas problemáticas. Un denominador común de casi todas las mujeres que asistían al servicio era el elevado número de hijos predominantemente en las mujeres jóvenes. Esto nos llevó a cuestionar sobre la “elección” acerca de la maternidad, sobre el acceso a métodos anticonceptivos, a servicios de salud integrales, entre otras cosas, lo cual despertó el interés de investigar acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, preguntándome si existe un real acceso a la información sobre los mismos.

Debido a la complejidad del tema elegido, que abarca a su vez diversos temas como: sexo, sexualidad, normatividad, género, anticoncepción, aborto, maternidad entre otros, y como forma de efectuar un abordaje científico de la realidad, que permita objetivarla, comprenderla y analizarla, es necesario realizar una delimitación de la misma en función del objetivo que se plantea en este trabajo.

Hablamos de la delimitación del objeto de estudio y no construcción del objeto porque la realidad ya está construida, por lo tanto debemos delimitarla para poder estudiarla. Como aspirante de la Licenciatura en Trabajo Social, el objeto de la investigación consiste en indagar acerca del acceso y apropiación de la información sobre la normativa vigente en Derechos Sexuales y Reproductivos por parte de los Trabajadores Sociales, referentes en salud de los CCZ.

La investigación se ha llevado a cabo en las policlínicas municipales del departamento de Montevideo, teniendo en cuenta la incidencia de a variable territorio, que fragmenta la ciudad junto a clase social, etnia, edad, género, etc.

Partimos de los supuestos de que:

- 1) La Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva puede hacerse efectiva, en tanto los profesionales cuenten con la información necesaria acerca de la misma.
- 2) Por otra parte, el valor principal no es la información en si misma, sino que una vez tenida esa información se aplique.

En la producción de este trabajo se ha establecido como objetivo general explorar acerca de la implementación de la ley N° 18.426 Ley de defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, por parte de los Trabajadores Sociales referentes en salud, de los Centros Comunales Zonales de Montevideo, con la intencionalidad de contribuir a la generación de programas de formación de recursos humanos capacitados en brindar una atención integral a la mujer. En esta misma línea se plantean varios objetivos específicos. En primer término, nos propusimos Indagar acerca del conocimiento que tienen los Trabajadores Sociales acerca de la ley 18.426. Además de ello, buscamos explorar acerca de la concepción de Derechos Sexuales y Reproductivos que manejan los Trabajadores Sociales y conocer los mecanismos y acciones llevados adelante por los mismos para visibilizar la normativa vigente en Salud Sexual y Reproductiva. También nos propusimos indagar acerca del trabajo de equipos interdisciplinarios en programas de atención integral a la mujer.

Para llevar adelante este proyecto de investigación se han utilizado diferentes estrategias metodológicas, de carácter cualitativo.

El proyecto de investigación consta de tres fases: en la primera fase se han analizado documentos y fuentes secundarias de datos cualitativos acerca de la implementación de la normativa vigente en Derechos Sexuales y Reproductivos. De este modo se buscó realizar una aproximación inicial al tema de investigación. La presente investigación tiene un abordaje cualitativo puesto que

“(…) se tratará de interpretar, comprender mediante el uso de esquemas conceptuales lo que se recoja en la tarea empírica. No intenta predecir ni generar leyes, tan solo descubrir los fundamentos teóricos de sus hallazgos (…)” (Carli, A. 2008:24)

También se ha recurrido a datos de estudios realizados sobre Derechos en salud sexual y reproductiva tanto por parte del Ministerio de Salud Pública como de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay).

En la segunda fase se realizaron entrevistas en profundidad a las/os Trabajadores Sociales referentes en salud de los CCZ, con el objetivo de indagar en torno al conjunto de interrogantes que se plantean en este trabajo y de aproximarnos al objeto de investigación.

En la tercera fase se realizaron entrevistas en profundidad a informantes calificados vinculados a la temática, personas que tengan trayectoria en la lucha por la reivindicación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en Uruguay, a efectos de que puedan aportar información pertinente que aporte a los objetivos de este trabajo.

En el capítulo primero se hace una contextualización del tema a modo de conocer la trayectoria en materia legislativa. Para poder comprender la complejidad del tema que se trata de abordar, es necesario situar el análisis en un tiempo y espacio, comprender las dinámicas producto de las contradicciones y luchas que remiten a sus procesos históricos. Teniendo en cuenta la bastedad que implica analizar los procesos civilizatorios por los cuales se fue construyendo, lo que hoy se reconoce como Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, se toma como un eje de investigación parte de las distintas legislaciones que han tratado de regular e imponer normas al respecto. También se realizará un análisis de los distintos actores involucrados en el proceso histórico que ha llevado a la aprobación de la ley N°18.426 “*Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*” vigente en la actualidad. Esto significa reconocer los procesos socio-históricos y políticos por los que ha atravesado la sociedad uruguaya,

sosteniendo que la agenda política, es fruto de un proceso histórico en el cual la sociedad organizada, en este caso el movimiento feminista, tiene un particular protagonismo.

En el capítulo segundo se exponen algunos conceptos teóricos que nos permitan visualizar la sexualidad como una dimensión que atraviesa las relaciones de género. De esta forma se trató de poner en evidencia como la sexualidad ha condicionado el lugar de las mujeres a la esfera privada, y como esto ha influido en la lucha por la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos.

En el capítulo tercero se exponen las características que ha tenido el sistema de salud uruguayo a lo largo de la historia, basado en el poder y saber médico. Luego se exponen los cambios que se pretenden lograr pasando de un sistema de salud basado en lo asistencial a uno integral. En este capítulo, también se analiza el sistema de salud desde la perspectiva de género.

En el capítulo cuarto se exponen algunas conclusiones y reflexiones que tratan de integrar la teoría con la información recabada en las entrevistas realizadas a lo largo de la investigación.

El presente trabajo trata de abrir una línea de análisis, que pueda contribuir a la reflexión sobre el tema a estudiar, y a la acumulación de conocimiento sobre un problema social que nos interpela como sociedad.

Democratización de la información: Relevancia para el Trabajo Social

A modo de avance una primera aproximación bibliográfica, permitió conocer que según la agenda 2009, que impulsa la Comisión Nacional de Seguimiento de las Mujeres (CNS en adelante) uno de los principales obstáculos que existe para efectivizar los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mismas, es que muchos profesionales de la salud pública y privada desconoce la normativa vigente.

En ese mismo año el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva elaborado por MYSU presenta un informe sobre la implementación sobre normativas y guías clínicas vigentes en distintos componentes de la Salud Sexual y Reproductiva en servicios públicos del Uruguay. En dicho estudio se incluyó a profesionales de la salud, ginecólogos y parteras por considerar que estos profesionales ocupan un lugar central en la implementación de dichas normativas y guías clínicas. (MYSU, 2009)

La inexistencia de datos acerca del nivel de información e intervención del Trabajo Social, actuó como motivador del presente trabajo ¿Por qué se considera importante que el Trabajador Social posea la información? Entre otras cosas, porque el estar informados hace parte de la dimensión investigativa de nuestra profesión.

De acuerdo con el plan de estudios 1992, nuestra disciplina tiene cuatro dimensiones, la dimensión investigativa, la asistencial y la educativo- promocial y una cuarta que transversaliza a las demás que es la dimensión ético-política.

La dimensión investigativa, nos permite profundizar en el conocimiento de las situaciones para no quedarnos con la visión aparente del fenómeno y poder ir más allá de cada situación, nos permite reflexionar obligándonos a tener una mirada crítica. Para ello debemos realizar una investigación bibliográfica, profundizar en el conocimiento teórico; siendo necesario comprender la realidad que nos rodea, el contexto socio-político en el que se inscribe nuestra intervención, para poder articular los niveles macro y micro, teoría y práctica.

Entonces cabe preguntarse ¿Cómo es posible contribuir a efectivizar los derechos de las mujeres si no conocemos las leyes vigentes en las que estos se amparan?. Si bien existen muchos estudios acerca de la temática, nos pareció importante poder generar desde nuestra disciplina, líneas de investigación que nos permitan pensar y reflexionar acerca de la Salud Sexual y Reproductiva - de las mujeres en este caso -. Además, para contribuir a la toma de conciencia de la población a través de información que permita sensibilizar a las diferentes disciplinas, y a la población en general.

Considerando que el Trabajo Social en cuanto disciplina, tiene entre sus objetivos generar conocimientos que contribuyan a promover los derechos de las personas, sería oportuno contar con un diagnóstico preliminar a partir de la información proporcionada por Trabajadores Sociales que están involucrados en la salud y en la temática.

Justificación: Pertinencia y actualidad del tema

Es importante poder reconocer los derechos que tenemos las mujeres, de tomar decisiones informadas ante situaciones que involucren nuestro cuerpo. Derechos a decidir a partir de la información, y no ser objetos de intervenciones o decisiones en las cuales nuestras opiniones y libertades no sean tenidas en cuenta.

Esto implica, por un lado una democratización de la información; que las personas que trabajen en la salud conozcan la legislación en que se enmarcan dichos derechos, la internalicen, la transmitan y desarrollen acciones que efectivicen dichos derechos.

Democratizar el conocimiento para contribuir a disminuir los abusos de poder o decisiones y definiciones que vulneren los derechos de las mujeres como sujetos libres.

En síntesis: conocer, apropiarse y sensibilizarse ante el tema, lo que implica un cambio de en la cosmovisión, y posiblemente un cambio de paradigma médico pensado en términos de salud/enfermedad donde el personal de la salud es portadora de un régimen de verdad (Foucault, 2002) que debe ser adoptada por quién ocupa el lugar del/a paciente.

Tener en cuenta que los Derechos Sexuales y Reproductivos son Derechos Humanos y como tales son inherentes a toda persona (independiente de su clase social, sexo, género, orientación sexual, ubicación geográfica, etnia, ideas filosóficas y religiosas).

En este sentido parece oportuno que los profesionales se cuestionen ¿porque existe una diferenciación entre los controles del cuerpo de mujeres y varones? ¿Acaso preocupa cuidar la reproducción humana por encima de los derechos a la libre determinación de esta? Las mujeres ¿son realmente informadas acerca de todos los controles a las que son sometidas? Y los

profesionales ¿conocen e integran a sus prácticas los derechos que tienen las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva?

Para poder cuestionar todo ello se necesita, entre otras cosas, contar con la información necesaria, en tanto que la misma es un instrumento importante de empoderamiento para decidir, por lo tanto es sumamente importante que todas las personas puedan acceder a ella. El acceso a la información es vital para el pleno ejercicio de la ciudadanía.

En este caso se trata del acceso de la información por parte de todas las personas, pero se pone énfasis en que los profesionales deben estar informados para poder mediar entre la información a veces escrita en un lenguaje técnico y la población objetivo para promover sus derechos.

Para que lo anterior sea posible sería oportuno el involucramiento de todas las disciplinas, entre ellas el Trabajo Social. Generar conocimientos a partir de la propia información y experiencia que los/as Trabajadores/as Sociales poseen sobre el tema,

“(...) lo cual implica la puesta en marcha de contenidos informativos y formativos requeridos para enfrentar necesidades existentes, conectando recursos e información con los sujetos que viven dichas necesidades” (Claramunt, A 2006:16).

Las hipótesis que han orientado este trabajo fueron:

- 1) ¿Qué conocimiento tienen los Trabajadores Sociales que trabajan en la salud acerca de la normativa vigente en SSRR?
- 2) ¿Existe por parte del MSP y otros organismos públicos como la IM una campaña de promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos? ¿Cuáles son sus contenidos?
- 3) ¿Existen estrategias adecuadas de información y difusión de la normativa vigente en SSRR?

4) ¿Cuál es la función del Trabajador Social en los procesos de difusión y acceso a la información por parte de la población?

Población objetivo de la investigación de campo

Por un lado, se ha investigado a partir de la realización de entrevistas en profundidad, a Trabajadores Sociales referentes en salud de los Centros Comunales Zonales de Montevideo.

Se han empelado entrevistas semi-estructuradas, esto es, no tienen una pauta cerrada de preguntas a las cuales el entrevistado debe responder sino que el entrevistador es el que debe guiar o conducirla, según guías o tópicos que conduzcan al entrevistador al objetivo de la entrevista. Los resultados no pretenden ser exhaustivos ni generalizables a una población, sino que se pretende obtener información que permita analizar la temática desde la postura de algunos profesionales.

Se han realizado también entrevistas en profundidad, a informantes calificados que trabajen en organizaciones vinculadas directamente al tema salud sexual y reproductiva y feminismo, a saber MYSU y RELACAHUPAN, de modo de tener una visión más abarcativa de la problemática y en tanto pueden aportar información importante por su trayectoria en este tema. Así como también a informantes calificados vinculados al Ministerio de Salud Pública y la Intendencia de Montevideo, con el objetivo de recoger información acerca de la implementación de la ley 18.426.

Por otra parte, las fuentes secundarias consistieron en la bibliografía consultada y utilizada para el presente trabajo, como insumo que permitirá elaborar un marco teórico desde el cual sostener esta investigación, y posteriormente desde el cual se analizarán los hallazgos obtenidos.

1) Marco teórico

Incorporando la perspectiva que la teoría y la práctica son dos etapas de una misma realidad que no debe escindirse y si retroalimentarse mutuamente, es que se explicita el marco teórico que da fundamento y direccionalidad a lo que se pretende investigar. En este sentido se exponen las siguientes categorías que serán desarrolladas y explicitadas como marco teórico conceptual que sustente esta investigación.

1.1 Antecedentes

1.1.1 Trayectoria de la Legislación Uruguaya en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos.

Una reseña histórica de las legislaciones que han abordado el tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos, para poder entender como se manifiesta dicho fenómeno hoy en día, nos conduce a realizar por su extensión, un breve recorrido por algunos hechos que podemos considerarlos como “hitos”.

Tan solo se realizarán algunas anotaciones que permitan comprender el fenómeno y sus manifestaciones en la realidad actual del Uruguay.

Se trata de buscar elementos que permitan analizar la normativa vigente en Derechos Sexuales y Reproductivos y su apropiación por parte de la ciudadanía; así como también poder comprender el contexto en que dicha ley fue aprobada.

Para tal cometido se busca explicitar en el marco teórico, una breve reseña histórica que de cuenta de los avances y retrocesos que ha sufrido la legislación uruguaya respecto al tema, en el período transcurrido entre el fin de la dictadura militar (1985) hasta nuestros días. La elección del período se debe a que se registran avances importantes en la materia, lográndose instalar el tema en la agenda pública. Cabe mencionar que las distintas conferencias internacionales influyeron para que los gobiernos empezaran a tomar medidas sobre el tema. Sin

dejar de reconocer que en Uruguay el debate sobre el tema comienza en las primeras décadas del siglo XX.

Es pertinente reconocer el protagonismo que tuvieron las mujeres en el proceso de recuperación democrática, tanto las vinculadas a los partidos políticos como a organizaciones sociales y gremiales.

También el movimiento feminista tuvo especial implicancia en tanto sus aportes teóricos, empíricos, argumentativos y pedagógicos de fundamental importancia como ya se señaló, para lograr que el debate se instale en la agenda política.

En el año 1985 se presenta el primer proyecto de ley para despenalizar el aborto, se da así el comienzo a una serie de iniciativas legislativas en la materia, con proyectos de ley de los años 1991, 1993, 1994, 1998 y 2002 ciclo que culmina con la aprobación en la cámara de Senadores de la Ley N°18.426 el 11 de noviembre del 2008.

Luego de un largo proceso de luchas, discusiones y negociaciones de las fuerzas políticas, la sociedad civil y las iglesias, el parlamento aprueba la ley de Derechos Sexuales y Reproductivos en el año 2008. Dicha ley fue vetada en sus capítulos II, III y IV, artículos del 7 al 20, referentes a la despenalización del aborto antes de las 12 semanas de gestación por el poder ejecutivo (a saber el Presidente de la República y dos ministros). A pesar de ello, la nueva ley trata de hacer una comprensión integral de la salud reproductiva, promoviendo el derecho de las mujeres de controlar su propia fecundidad, a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo así como el ejercicio de una maternidad/paternidad responsable. También compromete al Estado a tomar posición frente al tema, garantizando a las mujeres y varones las herramientas para el ejercicio libre y consciente de su sexualidad, así como el acceso igualitario al sistema de salud.

“El eje central de esas luchas emancipatorias ha sido lograr el derecho a poder decidir en condiciones de libertad y autonomía sobre la vida sexual y la capacidad reproductiva, que históricamente han sido

fuentes de dominación y control de la vida y el cuerpo de las mujeres.”
(Abracinskas, L; López A.2007:12).

No solo por ser objeto del machismo sino también por la auto percepción que las mismas mujeres tienen de ellas, producto de la sociedad patriarcal.

1.2 Derechos sexuales y reproductivos: breve reseña histórica del proceso uruguayo pos-dictadura

1.2.1 Derechos Sexuales y Reproductivos: surgimiento y conceptualización

Para comenzar este apartado es pertinente hacer referencia a los Derechos Sexuales y Reproductivos en tanto creación conceptual, que surge recientemente y está en proceso de construcción. El término surge en la década del sesenta y engloba reivindicaciones del movimiento de mujeres referidas al acceso a la anticoncepción, al aborto, la salud integral, al placer sexual, al control del cuerpo y al derecho a decidir. (López, A; Abracinskas. 2007:20).

Desde la década de los cincuenta pero fundamentalmente en los años sesenta, comienza a haber una preocupación por los temas de población y desarrollo, debido al gran crecimiento poblacional en situaciones de pobreza en los países “subdesarrollados”. Se trata de influir en los comportamientos reproductivos de las personas que viven en estos países con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. Los gobiernos elaboran planes y programas tendientes a reducir el crecimiento poblacional, pensando que eso podría devenir en un mayor desarrollo económico. A pesar de ello, estos planes y programas no fueron pensados en términos de Derechos, por lo cual los organismos internacionales comienzan a esbozar el concepto de Derechos Reproductivos, argumentando que cualquier intervención que se hiciera en este sentido debería estar fundamentada y amparada en el marco de los Derechos de las personas.

Es pertinente hacer un breve recorrido de la importancia que fueron asumiendo los derechos sexuales y reproductivos, lo cual se ve reflejado en las distintas conferencias internacionales. El tema adquiere visibilidad, en la conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Teherán en el año 1968 ,

se reconoce el derecho de las parejas a decidir el número de hijos y su espaciamento. Posteriormente en el año 1974 en la Conferencia mundial de Bucarest, se reafirma la noción de Derechos fundamentales en torno a las decisiones reproductivas, reconociendo el rol Estado en asegurar estos derechos. En 1975 en el marco de La Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en México, se reconoce el derecho a la integralidad física y a tomar decisiones sobre el propio cuerpo, incluyendo las diferentes opciones sexuales y la maternidad opcional. En 1979 la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, incorpora el derecho a la igualdad entre varones y mujeres en cuanto a las decisiones reproductivas y a la responsabilidad compartida sobre los hijos e hijas.

La Conferencia Internacional para la Población y el Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en el año 1994, marca un punto de inflexión en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos. Se puede decir que la conferencia marca un cambio de paradigma, puesto que a partir de allí, se establece que la prioridad que deben tener las políticas de población, es la calidad de vida y el bienestar de las personas, teniendo en cuenta sus derechos, y la posibilidad de las personas de ejercerlos. En 1995 la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing ratificó todas las disposiciones adoptadas en El Cairo. Se realizaron también conferencias regionales con el fin de que los países de la revisen e implementen las legislaciones pertinentes que garanticen los derechos sexuales y reproductivos.

De esta forma comienzan a formar parte de la acción política de los movimientos sociales, fundamentalmente del movimiento feminista y el de la diversidad sexual. Como señalamos los movimientos de mujeres organizadas, tuvieron gran importancia en la generación de conocimiento acerca del tema, y su aporte invaluable a la discusión conceptual de los Derechos Sexuales y Reproductivos, generando información y argumentos que permitieran avanzar en la definición.

En cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva, se avanza en una definición que pretende ser integral y reconocer al individuo como una totalidad bio-psico-

social. En el documento de El Cairo se establece la siguiente definición, a la cual se adhiere en este trabajo:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales. (El Cairo, 1994 Capítulo VII)

Teniendo en cuenta que en la conferencia se hace hincapié en la Salud Sexual y Reproductiva como un Derecho Humano, de ahí que sea pertinente definir a qué se refiere cuando se habla de Derechos Sexuales y Reproductivos. En este trabajo, se considera que

“Los derechos sexuales y reproductivos refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva. Y a la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones”. (Abracinskas, L; López A.2007.: 21).

En primer término, el concepto se refiere a la parte individual de los derechos, es decir a que la persona debe gozar de libertad como para ejercerlos para lo cual debe, entre otras cosas estar informada. También es importante señalar que además de contar con la información respecto al marco legal, también es de cabal importancia la educación que se imparte sobre el tema. La enseñanza debería contar con un sistema que integre la educación sexual para que las personas puedan incorporar desde temprana edad el conocimiento acerca de su cuerpo, sexualidad y reproducción. En segundo término, pero no en segundo

lugar, el concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos implica una dimensión social que refiere a que deben existir las condiciones que aseguren los recursos para que puedan efectivizarse las decisiones tomadas. Esto refiere a la responsabilidad del Estado de asegurar un sistema de salud de accesibilidad universal y que existan políticas y programas integrales de salud que incluyan la salud sexual y reproductiva.

Luego de haber hecho un breve recorrido en cuanto a la importancia del tema a nivel internacional, es pertinente analizar como ha sido el proceso en Uruguay. En este sentido, se puede decir que el tema se instaló en la agenda convirtiéndose en una demanda social de tal magnitud que implicó dos décadas de varios intentos de legislar sobre el tema, en un proceso que culminó en el 2004 con la aprobación de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Para poder entender como se llegó a la aprobación de dicha ley, es necesario hacer referencia al proceso socio-histórico que vivió el país luego de la dictadura, en búsqueda por legislar sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Es importante volver a señalar que en este trabajo no se desconoce que la lucha por los Derechos Sexuales y Reproductivos comenzó mucho antes del período que se toma para analizar, pero que por motivos de tiempo y de extensión se debió acotar el análisis al período referido.

1.3 Debate social y político en los intentos de legislar en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos (1985- 2008)

Desde el año 1985 Uruguay ha transitado por procesos de debate social y políticos sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos trascendiendo los espacios más específicos de discusión e involucrando a distintos actores.

En los últimos años y como efecto de las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y el trabajo sostenido que han tenido las organizaciones de mujeres y otras organizaciones sociales, se ha centrado el debate en contar con una legislación que garantice de manera integral los Derechos Sexuales y Reproductivos de las

mujeres. De esta forma se han presentado proyectos de ley tendientes a tal resultado, algunos de ellos se han basado sobre todo en la necesidad de legislar la práctica del aborto, ya que en nuestro país dicha práctica es penalizada desde 1938. El debate sobre la necesidad de despenalizar el aborto bajo ciertas circunstancias, se ha venido dando desde hace ya varios años, sin un resultado que garantice los derechos de las mujeres en tal caso.

A pesar de que en el país no se contaba con un marco legal en la materia, igualmente se han tomado algunas de las recomendaciones hechas por la CIPD, sobre todo en lo que respecta a la incorporación de algunas prestaciones en la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud.

Algunas de las medidas llevadas adelante fueron:

- a) Definición del Programa nacional sobre infecciones de transmisión sexual (ITS-Sida) y creación de la Comisión Nacional sobre Sida (CONASIDA).
- b) Creación de la comisión asesora en Salud Sexual y Reproductiva con integración interinstitucional y de las organizaciones de mujeres, en el 2003. Creación del programa de Salud de la Mujer y Género, en el año 2005.
- c) Elaboración de guías clínicas y normativas para la regulación de la atención en diversos componentes de la Salud Sexual y Reproductiva, entre otras medidas que significan un gran avance en la materia.

A partir de 1985, en cada legislatura se han presentado distintos proyectos de leyes, tendientes a despenalizar la práctica del aborto, por lo que su visibilidad contribuye a que el debate en torno al tema se fuera complejizando.

Es así que se vio la necesidad de ampliar los marcos conceptuales y argumentativos ubicando el tema en el marco de la integralidad de los requerimientos en salud y la nueva concepción de Derechos Sexuales y Reproductivos en tanto Derechos Humanos.

1.4 Algunos hitos del debate parlamentario en Salud Sexual y Reproductiva y sus resultados.

A continuación se esbozan algunos hitos, a modo de obtener una idea general de cómo ha sido el proceso de debate social y político que ha llevado finalmente a la aprobación en el año 2008 de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

1) En el período 1985-1989 se presenta el proyecto de ley de salud integral de la mujer, dicho proyecto que incluía la despenalización del aborto no fue tratado a nivel parlamentario.

2) En el período 1990-1994 se presentan dos proyectos de ley:

- En el año 1991, proyecto de ley sobre la penalización sobre actos que afectan los derechos de la mujer.

- En el año 1993 se presenta el proyecto de Aborto Voluntario, el cual establecía el derecho de toda mujer a la interrupción del embarazo hasta las doce semanas de gestación, y luego de ese plazo en determinadas circunstancias, como pueden ser riesgos de salud, de vida, malformación fetal, etc. Este proyecto fue tratado y aprobado por mayoría en la Comisión de Bioética de la Cámara de Representantes.

3) En el año 1998 se elabora el proyecto Aborto que incluía la despenalización del mismo hasta las doce semanas y luego de ese plazo en casos de riesgo de vida y salud de la mujer, malformación fetal incompatible con la vida extrauterina.

Este proyecto establecía la importancia del asesoramiento médico pre y post aborto, así como el desarrollo de programas de educación sexual y planificación familiar. El proyecto no fue tratado a nivel parlamentario.

4) En el año 2002 se presenta el proyecto de Ley de Defensa del derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que fuera aprobado el 10 de diciembre del mismo año por la Cámara de Representantes.

El 4 de mayo del año 2004 el proyecto es rechazado por la Cámara de Senadores.

5) En agosto del 2004 el Ministerio de Salud Pública aprueba a través de la ordenanza N° 369 las normativas sanitarias “Medidas de protección materna contra el aborto provocado en condiciones de riesgo” para su implementación en todo el sistema de salud.

1.4.1 Contexto socio-político en el que se discute el proyecto de Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

Para entender el contexto socio-político que atravesaba el país cuando el proyecto de ley se discutía en el parlamento, se toma como referencia, el análisis que hace Constanza Moreira (2007). En el año 1998 el país entra en un período de receso de la económica, que impacta fuertemente en el mercado de trabajo, dejando a una gran parte de la población en seguro de paro, aumentando el sector informal y los desempleados siendo los más afectados mujeres y jóvenes.

En 1999 Jorge Batlle es electo presidente de la República, primer presidente electo por ballotage. En su gobierno se profundizan las políticas llevadas adelante hasta el momento de des-regulación de la economía y se intenta sin éxito la privatización de varias empresas del Estado.

En el año 2002 se profundiza la crisis económica que impacta fuertemente sobre el conjunto de la población, generando condiciones de marginación y exclusión social que afectaron a grandes sectores de la población.

Esta coyuntura coincide con el incremento del número de muertes de mujeres por aborto inseguro, lo cual llevó a que la sociedad reaccionara demandando respuestas integrales para la prevención del embarazo no deseado y del aborto inseguro. El movimiento de mujeres y feminista juntos y parte de los

profesionales de la salud involucrados con el tema, reclamaron e hicieron pública la necesidad de reconocer esta realidad como un asunto de Derechos Humanos, presionando para que se dieran respuestas inmediatas.

Todo esto actuó como desencadenante para que el tema fuera tratado en la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes en el año 2002. La necesidad de contar con una legislación que diera respuestas integrales para la atención de la salud reproductiva recoge una demanda social e histórica creciente, que se agudiza en esta coyuntura que vivía el país.

Siguiendo con el análisis de la autora, se puede decir que luego de un extenso debate se logra que el proyecto sea aprobado en la Cámara de Diputados. Si bien era año electoral y quizás no era el mejor momento para aprobar una ley de contenido tan controvertido, si lo era para colocar temas de agenda en el debate.

Es importante señalar que una de las condiciones que hicieron viable la iniciativa fue la existencia de una bancada femenina que estuvo muy activa en generar iniciativas tendientes a mejorar la condición de la mujer. Otra de las condiciones que favorecieron la iniciativa del proyecto de ley fue el incremento sostenido de la mortalidad materna por aborto inseguro. Esto implicó un fuerte impacto sobre la opinión pública, ya que denunciaba la ineficacia de una ley que no protegía de ninguna manera los derechos de las mujeres. En el 2004, el proyecto es rechazado en la Cámara de Senadores.

Fue ese el año que es electo presidente el Doctor Tabaré Vázquez, el triunfo de la “izquierda” fue un hito importante en la historia Uruguaya. Era la primera vez que un partido de “izquierda” llegaba al gobierno, lo que significaba para muchos la expectativa de grandes cambios tendientes a favorecer los derechos de los más oprimidos, entre ellos las mujeres.

En el 2006, en el marco de la nueva legislatura se presentó ante la comisión de salud de la Cámara de Senadores el proyecto de Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Dicho proyecto fue aprobado en

octubre del 2007 por la Cámara de Senadores, fue parcialmente modificado y aprobado en noviembre del 2008 por la Cámara de Diputados. Luego volvió a la Cámara de Senadores donde fue aprobado ese mismo mes.

El proyecto de ley fue vetado por el poder ejecutivo en sus capítulos y artículos vinculados al aborto. El veto que el poder ejecutivo antepone al proyecto de ley, modificó el alcance, contenidos y propósitos del proyecto aprobado por el parlamento, que de ser aprobado en su totalidad perfilaría a Uruguay como uno de los países pioneros en América Latina en la lucha por la igualdad de género en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

1.4.2 Aprobación de la ley 18.426 Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva.

Finalmente el 1º de diciembre del 2008 el poder ejecutivo promulgó la Ley Nº 18.426 "*Ley de defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*".

La ley se divide en dos capítulos, el capítulo uno titulado *De los Derechos Sexuales y Reproductivos* incluye seis artículos. El primero relacionado con los deberes del Estado en el cuál se define que este garantizará condiciones para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos mediante el desarrollo de planes y políticas nacionales de Salud Sexual y Reproductiva.

En este sentido se establece que deben existir políticas que garanticen el acceso universal a la salud reproductiva, priorizando la atención en el primer nivel, promoviendo la atención integral y servicios de calidad. Este capítulo también hace referencia a que deben existir campañas de promoción en salud y prevención de la enfermedad, así como campañas de difusión para que toda la población pueda tener el acceso a la información necesaria para el pleno goce de sus derechos. Promueve la educación sexual en los niveles primario y secundario, con docentes capacitados para poder brindar una verdadera educación en el ámbito de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Además en este capítulo se hace referencia a las medidas necesarias a tomar por parte del Ministerio de Salud Pública, como institución responsable de hacer efectivas las acciones de promoción, prevención, investigación, vigilancia epidemiológica, etc. Se prevé la creación de programas en Salud Sexual y Reproductiva que apunten específicamente a la prevención de la mortalidad materna, promoción del parto humanizado, promoción de paternidad, maternidad responsable, y la búsqueda de estrategias para disminuir el riesgo del aborto inseguro. Finalmente este artículo prevé que los servicios de salud reproductiva deberán formar parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población.

El capítulo segundo, en las disposiciones finales incluye los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos de los niños/as y adolescentes, los que deben tener acceso a la información necesaria para poder hacer goce de sus derechos, así como de tomar decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos, decisiones que deben ser adoptadas en concurrencia con sus padres u otros adultos responsables. Ese artículo hace referencia al derecho de niñas/os y adolescentes a opinar y decidir sobre su propio cuerpo, siempre y cuando eso vulnere otros derechos; y a tener acceso a los sistemas de salud sexual.

El proyecto de ley aprobado por el parlamento recogió los aportes más sustantivos de los presentados en legislaturas anteriores, buscando dar una respuesta efectiva a la práctica clandestina del aborto y la generación de acciones que den una respuesta integral en términos de Salud Sexual y Reproductiva.

El hecho de que no fuera aprobado en su totalidad, ya que mantuvo la figura del aborto como delito, implica dar un paso atrás en el reconocimiento de los derechos de las mujeres, puesto que ven vulnerado el derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Este hecho implica el querer ocultar una realidad cada vez más visible, ya que existe una causalidad directa entre la prohibición estatal del aborto y la muerte de miles de mujeres por aborto inseguro, sobre todo en las clases económicamente más bajas. Para finalizar se podría decir que el hecho de contar

con una Ley de Defensa al Derecho de la Salud Sexual y reproductiva, implica un avance en el reconocimiento de los derechos de las mujeres.

1.5 Mas Derechos... ¿Mas Ciudadanía?

La temática que se aborda en este trabajo tiene que ver con el análisis de la implementación de una ley que busca contemplar los derechos de las mujeres en el plano de la salud sexual y reproductiva. Debido a lo anterior nos pareció pertinente analizar el tema desde la perspectiva de ciudadanía.

Para introducirnos en el tema cabe mencionar que la ciudadanía, es un concepto cuyos contenidos han variado a lo largo de la historia. Desde el punto de vista tradicional, la ciudadanía trata a los individuos como personas que tienen los mismos derechos ante la ley. En estos términos el máximo exponente de esta concepción de la ciudadanía (en términos de posesión de derechos) ha sido T.H. Marshall (1998). No nos detendremos aquí en el análisis que de la ciudadanía hace autor, sino que más bien se expondrán brevemente algunas características de esta forma de concebirla. Según el planteo de Marshall (1998), la ciudadanía consiste en otorgar a los individuos un número creciente de derechos, que les permite a los mismos formar parte de una sociedad de iguales. Marshall divide estos derechos en tres grupos, que fueron incorporados sucesivamente en Inglaterra, a saber Derechos Civiles en el siglo XVIII, Derechos Políticos en el siglo XIX y Derechos Sociales en el siglo XX. (Marshall, T.H 1998). Se puede decir que el planteo del autor es lineal en términos de acumulación de derechos. Esta forma de concebir la ciudadanía, ha sido criticada por varios autores. Tomando el análisis de Kymlicka, W; Norman, W (1996) dos han sido las críticas más fuertes que se han hecho a esta concepción de la ciudadanía; la primera se basa en el hecho de que la ciudadanía debe tener un correlato con las responsabilidades de los individuos, entendiendo como tales la participación en la vida política y el sustento económico. (Kymlicka, W; Norman, W 1996:84). Por otro lado, varios autores a los que llamaremos pluralistas culturales, argumentan que la ciudadanía concebida tradicionalmente no tiene en cuenta las diferencias sociales y culturales que existe entre los individuos. Es decir toma a los individuos como seres

abstractos, descontextualizadas y por lo tanto no tiene en cuenta la realidad de las sociedades que son cada vez más diversas y complejas. La exponente máxima de esta corriente es Iris Young, según la autora la única forma de que los individuos sean integrados a una cultura común es adoptar el concepto de “ciudadanía diferenciada”. Esto implica reconocer que existen individuos que, por su condición social o cultural, no basta con que se les concedan derechos para que puedan ejercer ampliamente su condición de ciudadanos. Este es el caso de las mujeres que a pesar de ser la mitad de la población mundial, se han visto excluidas desde siempre de los ámbitos de toma de decisiones, y las leyes (hechas, en su mayoría por hombres) no han contemplado su condición, o más bien las han dejado siempre en condiciones de inferioridad. Tomando el análisis que Laura Gioscia hace de la autora se puede decir que

“(…) lo que haría falta es una ciudadanía diferenciada que reconozca estas diferencias entre los individuos y en base a eso existan mecanismos que garanticen que los mismos tengan realmente voz y voto en los temas que los involucran, y que a su vez se les concedan derechos especiales que contemplen su condición y fomente la justicia social.” (Gioscia, L, 2001:217).

Tomando el análisis precedente de la ciudadanía, y en relación a lo que se pretende analizar en este trabajo, se podría decir que el hecho de que exista una ley de Derechos Sexuales y Reproductivos, contemplando los intereses y las necesidades de las mujeres en ese plano, las coloca en una situación de mayor igualdad ante la ley. Ahora bien, cabe preguntarse si con eso basta para que las mujeres puedan ejercer plenamente su ciudadanía. Está claro que en el plano jurídico todas las mujeres quedan amparadas en dicha ley, pero no basta con la igualdad ante la ley para lograr una ciudadanía más activa y diferenciada. (Gioscia, L. 2001: 219). Retomando el análisis de la autora, se puede decir a la luz del presente trabajo que una ley de derechos sexuales y reproductivos, debería contemplar además la diferencia que existen entre las mujeres. Desde este punto de vista se puede decir que para que exista una ciudadanía activa y diferenciada,

deben contemplarse las diferencias de clase, etnia, religión etc. que existen entre las mujeres.

2) Relaciones entre varones y mujeres en lo público y lo privado

2.1 La esfera privada: lo oculto, lo prohibido, la sexualidad...

Las relaciones entre varones y mujeres constituyen una de las primeras formas de dominación, inequidad y desigualdad de oportunidades. (Bonaparte, H. 1997:25). Lo anterior se debe a la construcción socio-cultural y política de la hegemonía masculina, lo que se constata en la mayoría de las sociedades en las cuales la configuración de las prácticas de género, promueve y sustenta roles estereotipados para varones y mujeres.

Para poder entender estas relaciones, es pertinente tener en cuenta, los principios en que se han basado y sustentado las mismas a lo largo de diferentes periodos históricos y culturas.

Para tal cometido se debería analizar cuál ha sido el lugar que han ocupado varones y mujeres históricamente en la sociedad. Este análisis podría hacerse desde varios ángulos, pero en este trabajo se trata de analizar tales relaciones, desde la óptica de la división entre las esferas pública y privada, y como esta división ha condicionado el lugar de varones y mujeres así como las relaciones entre ambos. Tomando el análisis que hace Hannah Arendt (1993) de la división entre lo público y lo privado, se puede decir que históricamente la esfera pública ha sido valorada positivamente por ser el lugar de la libertad, de la excelencia y de la virtud.

La palabra “público” significa dos fenómenos estrechamente relacionados:

- Por un lado significa que todo lo que aparece en público puede ser visto y oído por todo el mundo,
- Por otro, significa un mundo común a todos nosotros y diferenciado del lugar privado.

El hecho de que lo público sea lo que todos pueden ver y oír le confiere legitimidad y sentido de realidad a las cosas, es decir lo público es lo aprobado y tolerado por todos, es la realidad misma valorada positivamente.

De esta forma la esfera pública es construida en base a los significados que las personas le den a las cosas por ser buenas o malas, apropiadas o inapropiadas. La esfera pública está constituida por todo lo que es digno de verse u oírse, y de esta forma lo inapropiado se convierte en asunto privado. Es importante tener en cuenta que en la esfera pública el hombre se constituye como ciudadano. En tanto lugar de expresión e intercambio, la esfera pública se constituye en un espacio de libertad compartido por seres iguales.

La esfera privada en cambio, es el lugar donde se satisfacen las necesidades humanas en tanto seres biológicos que tenemos un ciclo. Es donde se nace y se muere. Si bien no dejan de ser importantes, las actividades que se realizan en el espacio privado son invisibilizadas por el hecho de que no son compartidas por el conjunto de la sociedad, ya que no pueden ser vistas y oídas por los demás, por tanto carecen de significado y consecuencia para los otros. *“Vivir una vida privada significa ante todo estar privado de las cosas esenciales a una verdadera vida humana: estar privado de una realidad que proviene de ser visto y oído por los demás”* (Arendt, H, 1993: 67). Por lo tanto lo privado se constituye en lo inexistente, lo invisible. Como se dijo anteriormente la esfera privada es el lugar donde se satisfacen las necesidades, pero no todos las satisfacen de igual manera en el sentido de que no todas las personas ocupan el mismo lugar. Esta es una diferencia sustantiva con la esfera pública en la que las actividades cobran importancia por el hecho de ser vistas y oídas por los pares, la esfera pública es la esfera de la libertad e igualdad. En cambio en la esfera privada existen jerarquías, ya que no todos sus miembros son iguales, puesto que existen diferencias generacionales, donde los adultos dominan el mundo de los niños, y diferencias de género, con la primacía del género masculino. La diferencia entre la esfera pública y la privada es igual a la diferencia entre cosas

que pueden exhibirse y cosas que deban ocultarse. Todas las cosas relacionadas al proceso de la vida han sido mantenidas en lo oculto.

El porque las mujeres han quedado relegadas a la esfera privada y los varones se han apropiado de la esfera pública es una discusión que merece ser analizada profundamente, pero que excede los límites de este trabajo. Debido a lo anterior lo que se trata de analizar aquí, es cual es el lugar que ocupan varones y mujeres en la estructura social, obviando el porque de esa distinción.

El análisis anterior, permite entender el poco valor que se le ha dado al trabajo doméstico realizado por las mujeres que ha permanecido siempre invisibilizado, por el hecho de tratarse de tareas que responden a satisfacer necesidades del proceso biológico del individuo. Todas las actividades realizadas en la esfera privada son poco valoradas e invisibilizadas, porque entre otras cosas, no dejan huellas pues son consumidas en el mismo momento que se realizan.

La esfera privada es el ámbito privilegiado de la sexualidad. Desde siempre la sexualidad ha sido algo que ha de esconderse.

“Lo sexual es íntimo, secreto. Se realiza en la oscuridad, a puertas cerradas, al abrigo de los ojos de otros, es peligroso, culpígeno, clandestino, prohibido. Se prescribe y se proscribe, se persigue (...) Es escandaloso, vergonzoso, obsceno: de lo que se habla en voz baja, en clave, solo en determinados espacios, sólo con determinadas personas” (Moreno, 2001: 11).

Tomando el análisis de la autora, se puede decir, que la sexualidad ha quedado replegada al ámbito de la esfera privada, al ámbito del hogar, pero más allá de eso tiene lugar en el espacio mas privado aún que es en la alcoba de los cónyuges. Según Foucault (2002) el sexo está permitido solo para algunos miembros de la familia, no se habla con los niños y ni siquiera entre adultos, como si no formara parte de la vida cotidiana y del propio cuerpo. La sexualidad está estrechamente vinculada a la reproducción y solo en este caso es valorada

positivamente. El disfrute y el placer, tan inherentes a la vida sexual quedan excluidos, puesto que se desconoce la sexualidad como una forma de comunicación entre seres humanos.

2.2 Lo público y lo privado como condición para la lucha de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Sería pertinente preguntarse cómo el lugar que varones y mujeres han tenido en la esfera pública y privada, ha condicionado las luchas y reivindicaciones por los derechos de las mujeres entre ellos el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Es necesario tener en cuenta que como seres humanos estamos condicionados por el lugar que ocupamos ya que todas las cosas que entran en contacto con los hombres se convierten en condición de su existencia.

Bourdieu (2000) define que las relaciones entre varones y mujeres existen como algo dado, es decir que están naturalizadas, por lo tanto son aceptadas por el conjunto de la sociedad como algo incuestionable e incambiable. El hecho de que esto sea así responde a un orden que es construido social y culturalmente en beneficio de unos y en detrimento de otros. Este orden de cosas que llamamos orden social es el que establece las normas y modos de conducta que se introyectan en las personas a través del proceso de socialización. De esta forma la sociedad se organiza con la primacía de principios masculinos fundados en unas estructuras aparentemente objetivas que fundan la relación entre varones y mujeres. Según el autor se puede decir que

“...la perpetuación de esta relación de dominación no reside realmente, o no fundamentalmente, en uno de los lugares más visibles de su ejercicio, es decir en el seno de la unidad doméstica, sobre la cual determinado discurso feminista ha centrado todas sus miradas, sino en unas instancias tales como la Escuela o el Estado, lugares de dominación y de imposición de principios de dominación que se practican en el interior del más privado de los universos” (Bourdieu, 2000:15).

De acuerdo con el autor, se puede decir que es a través del proceso de socialización que aprendemos a formarnos como personas, a través de unos mandatos acerca de lo que está bien o mal para la sociedad. Así es que se aprende lo que debe ser una mujer o un varón. Como bien lo dice el autor, en este proceso juega un rol preponderante la familia por ser el lugar donde se aprenden las primeras normas del deber ser, pero no solo la familia sino también la escuela, la iglesia, y el Estado. Se puede decir que los hombres son educados para dominar y las mujeres para ser dominadas, y quizás este sea uno de los motivos por los cuales no cuestionen su lugar en las relaciones varón mujer, y aún ellas mismas reproduzcan esas relaciones.

Otra dimensión importante a analizar, es tener en cuenta cuál ha sido históricamente el lugar de la mujer en la sociedad, en cuanto a como se ha construido la misma el lugar de sujeto, en una sociedad donde lo natural es reconocer o asociar al varón a los conceptos de hombre y de ser humano. Tomando el análisis de Pérez Aguirre (1996), se puede decir que la mujer ha ido construyendo su historia desde la negación, desde el lugar de lo otro. Por lo tanto no es reconocida como lo natural, sino que su lugar y su historia han sido reconstruidos en un mundo donde prima la hegemonía masculina. Las mujeres habitan en un mundo que le es ajeno, que es el mundo masculino. Lo anterior es clave para entender el lugar de la mujer en la sociedad actual. Es de suma importancia entender en primer lugar que el hecho de que las mujeres se constituyan y se reconozcan en "lo otro" es una categoría cultural y no ontológica, es decir no responde al ser en si de las mujeres sino que es una categoría construida social y culturalmente.

Siguiendo a Bourdieu (2000) se puede decir que las relaciones entre varones y mujeres se perpetúan a través invariantes históricas como pueden ser los sistemas de percepción y de apreciación que se basan en las estructuras históricas del orden masculino. Estos sistemas de percepción y apreciación del mundo, que son las formas de percibir el mundo y de actuar de las personas, se basan en la dimensión simbólica de la dominación masculina. Lo simbólico se

opone a lo real, es decir que existe pero no puede ser visibilizado. La dimensión simbólica de la dominación masculina es tan sutil que se instaura en las formas de ser y pensar tanto de varones como de mujeres que también perpetúan y reproducen esas relaciones de dominación. Esta forma de violencia se expresa explícitamente en todas las formas de violencia y discriminación que se ejercen contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres. Es una forma de violencia que está implícita en los hábitos, en los pensamientos cotidianos, en las formas de actuar y de hablar de hombres y mujeres, en las normas consuetudinarias que prescriben el deber ser de las mujeres. La violencia simbólica está implícitamente en los mandatos sociales que reservan para las mujeres el lugar de sumisión, suavidad, dulzura lo que tiene un correlato directo con la maternidad y el cuidado de los otros. Todos estos aspectos responden a una cosmovisión patriarcal de la sociedad que en los hechos ha sido la manera de ver el mundo.

En esta forma de ver el mundo que responde a un modelo de sociedad patriarcal, las relaciones de dominación que se dan entre hombres y mujeres tienen su fundamento en el condicionamiento biológico que sustenta esa relación de jerarquía. Relación que como se dijo anteriormente es reafirmada por las prácticas sociales que le dan vigencia en el tiempo y espacio. En cada época y cada lugar existen mandatos sociales que indican conductas, actividades, pensamientos y sentimientos que corresponden a cada sexo. De esta forma se construyen modelos genéricos de ser varón o mujer que son considerados como naturales. Existe todo un aparato de control minucioso y eficaz, con agentes como la familia y la escuela que están para encausar la conducta de los niños hacia esos modelos de cómo ser varón o mujer. De esta forma se construye el género masculino y femenino. Según Héctor Bonaparte se puede decir que el género es *“una codificación minuciosa y completa que cubre prescriptivamente todo el hacer y el ser de las personas”* (Bonaparte, 1997:12). Siguiendo con el análisis del autor, se dice que de esta forma el sexo queda disciplinado por el género. Desde que somos niños hay un recetario de cómo ser varón o mujer, y se construye un orden que aparentemente es natural, pero que en verdad es una construcción social y cultural. La lucha por la modificación de ese orden patriarcal, significa buscar

equidad y respeto por los derechos femeninos, considerados como Derechos Humanos. La lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se enmarca dentro de la lucha por los Derechos Humanos femeninos en general.

3- Sistema Nacional Integrado de Salud

3.1- ¿Cambios o reformas en el Sistema de Salud?

Para comenzar esta categoría, es pertinente empezar señalando que en el último gobierno se ha implementado en el país un nuevo sistema de salud, a saber el sistema Nacional Integrado de Salud. A grandes rasgos la reforma del sistema de salud tiene como ejes el cambio del modelo asistencial hacia la aplicación de una estrategia de APS (En adelante, Atención Primaria en Salud), cambios en el sistema de financiación tratando de que sea más equitativo y solidario a través de un Seguro Nacional, y cambios en el modelo de gestión tratando de que sea más democrático, eficiente y transparente. El nuevo modelo de salud privilegia la prevención y promoción a la salud con una estrategia de APS y pone especial énfasis en el primer nivel de atención. Para dicho objetivo se procuró asegurar la cobertura universal con base territorial, poniendo énfasis en las poblaciones más vulnerables, se buscó fortalecer las policlínicas, se promovió la creación de equipos interdisciplinarios, la articulación con distintas instituciones, así como la articulación con efectores de salud pública y privada, y se implementó un plan de promoción y educación en salud. Todas estas medidas fueron tomadas con la implementación del nuevo plan de salud en su énfasis en el primer nivel de atención.

Se debe destacar que el modelo de atención a la salud implica tener en cuenta que el mismo otorga validez a determinados conocimientos y prácticas. A su vez lleva consigo una conceptualización de lo que es la salud y lo que es la enfermedad, cuales son sus causas y como se modifican estos estados. Implica también un modelo de prácticas organizadas en determinados servicios con determinadas características, llevadas adelante por profesionales formados adecuadamente para trabajar en estos servicios. A partir de un modelo de atención establecido, se configura el tipo de organización de los servicios de salud. Es pertinente aclarar que el modelo de atención a la salud que ha regido hasta el

momento, responde a prácticas y normativas que emanan del poder y del saber médico, un saber masculino y burgués que responde al orden social establecido (Barrán, 1992). Para poder entender como se ha configurado el modelo de atención tradicional (que actualmente se está intentando modificar por el SNIS) es necesario hacer una síntesis de los procesos y prácticas han avalado su configuración, que nos permita entender los valores y prácticas en los que se ha sustentado.

3.1.1 Algunas prácticas y valores antecedentes en el Modelo Nacional Integrado de Salud

3.1.2 “El poder de Curar”

Tomando el análisis de Barrán (1992:11) se puede decir que en el Uruguay el poder médico se consolidó en las tres primeras décadas del siglo XX. Según el autor, esto tiene su fundamento en tanto hubo en el Uruguay del novecientos, un cambio en los valores que la sociedad considera como importantes o buenos, donde la salud pasó a considerarse (al decir del autor) “el bien supremo”.

“El culto a la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, porque lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conductas individuales.” (Barrán, J.P. 1992:11).

El médico pasó a tener el monopolio del poder de curar, un poder que se basaba en un saber que solo ellos, los médicos tenían (¿tienen?). El saber médico era un saber racional y científico, irrefutable e incuestionable por personas que fueran ajenas a la profesión.

Es interesante señalar que en el siglo XIX, el poder de curar era disperso, puesto que valía tanto el conocimiento que de la enfermedad (y la cura de la misma) tenían el médico, como el/la curandero/a o la mujer ama de casa. La familia era el lugar en que primero se trataba la enfermedad. La mujer, abuela, madre, tenía el papel protagónico pues era la depositaria del saber popular, donde

recetas y conjuros eran transmitidos de generación en generación. La mujer representaba para el poder médico, un peligro pues con su sabiduría contrarrestaba su poder.

Siguiendo el análisis del autor, se puede decir que en el siglo XX el Uruguay se medicalizó, hubo un incremento importante de hospitales. La enfermedad y la muerte se medicalizaron e institucionalizaron, en tanto ya no se las trataba en la casa sino que los enfermos debían ser conducidos a hospitales, donde solamente el médico pudiera tratarlos. De esta forma el médico se convirtió en un ser auto suficiente, su relación con los pacientes era de absoluta subordinación y ciega confianza en su saber.

La medicalización también responde entre otros factores al descubrimiento por una nueva cultura del valor del cuerpo. Cuerpo y salud se vincularon fuertemente (sobre esta relación volveremos más adelante). Fue el comienzo de una cultura individualista en el que la vida larga se convirtió en el objetivo principal a lograr.

El médico convertido en un ser omnipotente, era el único capaz de curar, de mantener el cuerpo sano para una vida larga. La influencia del médico no fue solo sobre la enfermedad sino también sobre la conciencia y la moral. El poder del médico como ya fuera mencionado, emanó de su saber, un saber que lo autorizaba *"(...) a violar los cuerpos, escuchar la intimidad de las almas, y en los hechos dirigir, como antaño el cura, las conciencias"*. (Barrán, 1992:14). Los médicos además de curar, enseñaban como debía ser dirigida la vida, aceptaban ciertas prácticas y condenaban otras que pudieran perjudicar el cuerpo y las costumbres burguesas que trataban de imponerse en la época. La nueva cultura necesitaba trabajadores eficaces y consumidores sanos. Por lo tanto se puede decir que el poder y el saber médico respondían al orden social establecido, no solo en lo que responde a lo económico y social sino a que colaboró con la construcción de ciertas mentalidades que reproducían ese orden. El Estado apoyó al poder médico porque

“(...) su saber representaba a la cultura científica frente a la ignorancia popular (...)”. “El discurso médico del novecientos se enmarcó dentro de la construcción del Estado moderno, simplemente porque nació dentro de ella y de un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares”. (Barrán, J.P. 1992: 174).

Lo anteriormente descrito, no pretende ser un análisis exhaustivo del proceso de medicalización, pues tal tarea de gran profundidad y complejidad excede los límites de este trabajo. Lo que se pretende es reflejar someramente algunas de las características que asumió la medicalización de la sociedad uruguaya, teniendo en cuenta su influencia hasta nuestros días; y a partir de allí introducir al lector en el análisis del Modelo de Atención en Salud

Cabe entonces preguntarse ¿cómo influyeron todas esas prácticas y valores impulsados al inicio del S XX en el modelo de atención que se construyó posteriormente y que ha regido hasta nuestros días?

Se podría afirmar, que el modelo de atención a la salud existente hasta el momento, ha sido producto de las prácticas emanadas del saber médico, donde la relación médico paciente ha sido una relación vertical, de poder. El paciente ha sido tratado como un ser pasivo, su saber y su opinión han sido desvalorizados, puesto que el único saber que cuenta es el del médico. No se ha tenido en cuenta la integralidad del individuo, sino que ha sido tratado como un cuerpo aislado, como un caso. Como si el cuerpo fuera simplemente depositario de una enfermedad que hay que tratar independiente de las condiciones en que este individuo ha desarrollado su vida. Esta actitud lleva a depositar en las personas la causa de la enfermedad, es decir a los malos hábitos que pueda haber incurrido en su vida, la enfermedad pasa a ser de responsabilidad individual. Esta concepción que es heredada de la cultura del novecientos, incomprensiva de que el individuo es producto del medio en que vive, habría llevado, entre otros factores a conformar un modelo de atención autoritario, donde la salud es vista más que como un derecho como un obligación. Se puede sostener la hipótesis de que la incapacidad de comprender al individuo como ser integral bio-psico-social ha

derivado, entre otros factores, de una mirada restringida de la salud desde la medicina. Hace unos años se ha venido tratando de fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, algo que ha sido difícil por la rigidez de la formación de algunas disciplinas, y porque implica una pérdida de poder del médico. El trabajo interdisciplina que pretende tener una mirada más democrática y amplia de los fenómenos, le quita poder a una disciplina que desde siempre ha reinado en el campo de la salud. Lo que se pretende es incorporar otras miradas capaces de comprender la integralidad y complejidad del individuo y buscar las causas de la enfermedad no solo dentro de él sino de analizar el medio ambiente que lo rodea.

En este sentido cabe señalar que en nuestro país en el sistema de salud pública subsiste el modelo médico hegemónico, como relación desigual marcada por la autoridad del médico y la subalternidad del paciente. Se entiende que no basta con la voluntad política y elementos legales, o sea la aplicación del poder, para lograr la transformación del modelo de atención. Se hace necesaria la transformación a través de un proceso donde se reconfiguren las relaciones de poder entre los diversos actores del sistema, como ser las corporaciones médicas, funcionarios, usuarios, y todas las personas involucradas en los procesos salud-enfermedad- atención

De esta forma lo que se pretende con el cambio de modelo es la construcción de un Sistema de Atención Integral a la Salud, lo que comprende un conjunto de actividades centradas en la persona y el medio ambiente. Siguiendo a Portillo (1991:13) debe contemplarse al individuo como singularidad pues cada patología se manifiesta de forma distinta en cada persona, pero además debe tenerse en cuenta el medio ambiente que rodea a esa persona, ya que el medio condiciona al individuo. Lo anterior implica tener en cuenta que la salud es un proceso dinámico, cambiante que involucra factores externos e internos. Es decir se debe tener en cuenta al individuo como ser bio-psico-social, que está influido por múltiples factores como ser la clase social, etnia, el medio en que vive, la edad, el género, todo lo cual condiciona a su vez las relaciones que establece con los individuos que lo rodean.

3.2 Incorporando la perspectiva de Género al análisis del SNIS.

Sumado a lo anterior el poder médico también se configura como transmisor de la ideología dominante, esto significa el tipo de relaciones que se dan en el sistema de salud también refleja las desigualdades de género que se extienden más allá del campo de lo médico pero que lo abarcan. Las inequidades de género se articulan con inequidades mantenidas en diferentes planos de la vida, entre ellos los relacionados al acceso a diferentes prestaciones y servicios. Resulta imprescindible incorporar el género en tanto categoría de análisis relacional en la medida en que permite interpretar y enriquecer la comprensión de los perfiles epidemiológicos, la planificación estratégica en salud, procesos de normalización sanitaria, y el diseño de políticas orientadas a promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas. Hasta el momento el sistema de salud no ha brindado respuestas que den una atención eficiente a la salud de la mujer. En este sentido las respuestas que se han dado han sido discontinuas e insuficientes, dependiendo del compromiso que hacia el tema asuma el gobierno de turno. El nuevo sistema de salud pretende abandonar el viejo paradigma materno infantil para centrarse en un modelo de atención integral que incluya la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres desde una perspectiva integral.

3.2.1 La mujer, “un aparato genital”.

Es pertinente hacer un breve análisis de como el saber médico ha sido reproductor de las desigualdades de género, en tanto ha contribuido con sus prácticas a construir un imaginario del deber ser femenino y masculino, de acuerdo con los modelos dominantes de la sociedad patriarcal. En este sentido, el saber médico tuvo gran influencia en la construcción de los cuerpos femenino y masculino, pues a partir de una base biológica de los cuerpos se naturalizaron los roles de varones y mujeres.

“La descripción de un cuerpo nunca es inocente, siempre tiene una función política”. “La historia del cuerpo femenino y sus representaciones médicas, está ligada en occidente a los temores y deseos de los hombres” (Barrán, J.P. 1995:91).

El cuerpo de la mujer ha sido desde siempre objeto de manipulación y de control. Definida por su aparato reproductor, que condicionó todo su desarrollo y su lugar en la sociedad, la mujer debía subordinar su vida a la función procreadora. La biología determinó que el destino de la mujer en la sociedad era ser madre, por lo tanto su sexualidad quedó supeditada a ese rol, relegando el placer y la satisfacción sexual a un segundo plano. Por otra parte, el cuerpo de la mujer también la condenó a ser vista como un ser débil “enfermo”, pues su naturaleza fue patologizada al considerar las etapas de la menstruación, parto y puerperio como una enfermedad. La salud de la mujer era preservada en tanto madre es decir, su cuerpo debía ser cuidado para que pudiera procrear, y amamantar, función ésta última que esclavizaba a la mujer por el período de tiempo que fuera necesario para la salud del bebé.

” Por eso el saber médico construyó un cuerpo humano que era imagen de lo que aquella cultura quería que fuera el cuerpo. Un cuerpo en el que mas valía el semen masculino que el placer femenino a los efectos de la concepción del niño, en que lo femenino se definía por el aparato reproductor (...)” (Barrán, J.P, 1995:16).

Es muy importante reconocer que el cuerpo de la mujer ha sido un dispositivo (al decir de Foucault) de control y de dominación. Las luchas por los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres reconocen que las mujeres sido víctimas de manipulación y violencia a través de su cuerpo, las arbitrariedades que sufren en el momento del parto y de las consultas con los médicos, la falta de información, etc. Cabría preguntarse cómo influyó toda esta herencia en la lucha por Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres?

3.2.2 Salud Sexual y Reproductiva: una parte inherente del Derecho Humano a la Salud

La Salud Sexual y Reproductiva es un eje central en la salud y en la vida de las personas, un tema trascendente, que debe ser tenido en cuenta a la hora de diseñar políticas, planes y programas que incorporen la perspectiva de género y que apunten a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos en general y de las mujeres en particular. Desde la década del 60 este tema ha venido siendo tratado como de suma importancia en las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas sobre la Población. Se puede considerar como un hito fundamental en la Salud Sexual y Reproductiva, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994, pues en esta oportunidad se introduce el concepto de Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos de las personas como un Derecho Humano. Significó también reconocer la complejidad de la temática que hasta el momento fuera asumida en su dimensión exclusivamente demográfica para introducirla a los campos de la Salud, la Educación y los Derechos. En la Conferencia del Cairo se pone énfasis en el concepto de Salud Reproductiva definiéndolo como

“(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (El Cairo, 1994 Capítulo VII)

Lo anterior implica que se tome a la salud reproductiva como parte del derecho humano a la salud que tienen todas las personas, y que como tal cada uno tenga derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre como vivir su sexualidad. Esto también implica un cambio en la forma de ver y vivir la sexualidad teniendo en cuenta a la misma no solo como forma de reproducción sino como una forma de vida placentera y de comunicación entre las personas. La sexualidad es una

dimensión constitutiva del ser humano, ya que todas las personas somos seres sexuados.”

“Cuando hablamos de sexualidad nos referimos al conjunto de prácticas (sexuales) y a las significaciones imaginarias a ellas asociadas. Es decir la sexualidad se construye en un contexto histórico y social determinado.”
(López, A; Quesada, S.2002: 14).

Lo anterior refiere a que como seres humanos aprendemos a vivir y darle sentido a nuestra sexualidad. De esta forma según el sexo que tengamos al nacer son las prácticas que podemos o no tener respecto de nuestro sexo, refiriéndonos en este caso al sexo como genitalidad. De esta forma vamos construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a si hemos nacido con genitales masculinos o femeninos. Si somos varones se nos enseñan determinadas prácticas, tenemos ciertas libertades y acceso a conocimientos que las mujeres por el hecho de ser mujeres no las tienen. En nuestra sociedad la sexualidad se ha vivido desde siempre como forma de represión y tabú, como algo que ha de ocultarse. Aún hoy que el mundo está totalmente erotizado y que se sabe que la iniciación sexual se da cada vez más temprano, se sigue tratando de evitar hablar de sexo lo cual es la primera traba para poder vivir la sexualidad plenamente como un derecho. Las instituciones primarias de socialización, familia y escuela cumplen un rol preponderante en cuanto a la transmisión de valores, permisos y prohibiciones a cerca de cómo vivir la sexualidad y como vincularnos con nuestro cuerpo. De esta forma en nuestras sociedades lo que se ha privilegiado y valorado positivamente son los fines reproductivos de la sexualidad, frente a fines eróticos y placenteros. Lo anterior ha coartado la libertad de las personas de vivir su sexualidad de un forma sana, ya que se ha limitado la información, no existe educación sexual de forma sistemática y continuada de forma que se sigue parcializando al individuo que se ve “prohibido” de una parte de si.

Tomando el análisis del documento de la conferencia internacional de El Cairo, se puede decir que es a partir de allí que los gobiernos asumen la responsabilidad de incorporar este eje temático a las políticas intersectoriales,

sobre todo en las políticas de salud. En nuestro país con el cambio en el Modelo de Atención que promueve el Ministerio de Salud Pública, se implementan programas de atención integral a la mujer con perspectiva de género. Se pretende dar atención a la SSRR de varones y mujeres, incorporando la perspectiva de integralidad y de derechos. En este sentido para hacer efectivos los derechos de las personas en este aspecto es necesario que existan verdaderas campañas de promoción y difusión de la información acerca del cuidado del cuerpo, prevención de enfermedades de transmisión sexual, información acerca de usos de anticonceptivos. Pero esto no es suficiente sino que se debe promover la educación sobre SSRR garantizando de esa forma el ejercicio de los derechos en ese ámbito.

Una perspectiva integral en salud sexual y reproductiva implica considerar al individuo en su multidimensionalidad teniendo en cuenta su condición de género, clase social, edad, etnia, respetando sus derechos y luchar por la no discriminación y la equidad. La perspectiva de género es imprescindible para analizar las concepciones sobre salud, es imprescindible para poder analizar el papel diferencial que tienen varones y mujeres en la producción cotidiana de la salud-enfermedad y en el sistema de cuidados tanto doméstico como institucional de la salud. Este enfoque implica reconocer la importancia que tiene la vida cotidiana en los procesos cuidados de la salud. La esfera privada lugar que transcurre gran parte de la vida de las mujeres y una parte de la de los hombres, es donde tienen lugar las prácticas de socialización, salud y reproducción social. En este sentido es importante reconocer que la mujer se ha ocupado desde siempre del cuidado de la salud de los demás miembros de la familia, desatendiendo la suya propia. A ello ha contribuido entre otros factores el sistema de salud institucional que condiciona el acceso de las mujeres al mismo. Durante mucho tiempo ha dominado el paradigma materno infantil que ha dado lugar al cuidado de la mujer casi exclusivamente durante la maternidad y pos parto, como si la mujer necesitara cuidados solamente en ese momento particular de la vida, que es el embarazo y alumbramiento porque luego de parir la mujer pasa a un segundo plano para priorizar los cuidados del bebé. Esto también da cuenta del

control social y masculino de la sexualidad femenina, quedando acotada a la casi única función de reproducción, que es lo valorado socialmente, ya que la maternidad se convierte en un medio de legitimación, de adultez y de reafirmación de la femineidad. Lo anterior se ve reforzado por las normas sociales que promueven el silencio y el desconocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo y sexualidad. Esto condiciona también las posibilidades de las mujeres de usar anticonceptivos, sobre todo si para ello necesita del consentimiento del varón. Se puede decir que todas estas condicionantes limitan el pleno desarrollo y la autonomía de las mujeres, su participación en la esfera pública y en actividades que promuevan su satisfacción personal.

De esta forma al considerar los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres como un derecho humano implica reconocer que estas puedan ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre mujeres y hombres respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, deben incluir el pleno respeto de la integridad de la persona y el consentimiento mutuo y el asumir de forma compartida las responsabilidades del comportamiento sexual y sus consecuencias.

Los derechos Sexuales y Reproductivos son el derecho de todas personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva, y el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia.

4 Una paradoja: La dificultad de estar informados en el mundo de la hiper información.

Teniendo en cuenta el marco teórico que sustenta y fundamenta esta investigación, y en relación a los objetivos planteados, se ha analizado el acceso a la información por parte de los Trabajadores Sociales (T.S), referentes en salud de los Centros Comunales Zonales (CCZ en adelante).

Para ello, se explicitan brevemente algunas dimensiones de una experiencia concreta en la que se enmarca la intervención profesional, de los trabajadores sociales referentes en salud de los CCZ. La misma refiere al Programa de Atención Integral de la Mujer (PAIM en adelante), que se lleva a cabo en las policlínicas municipales desde 1996. A continuación se han descrito sucintamente los antecedentes del programa, objetivos y la actualidad del mismo. Ello nos permitirá entender la inserción que tienen hoy en día los T.S referentes en salud de los CCZ en relación al PAIM. Lo que se busca, es hacer una breve descripción del programa, que nos permita comprender donde se enmarca el trabajo de los T.S en lo que refiere a la atención a la mujer, que es lo que nos interesa en este trabajo.

Por otra parte, se pretende dar cuenta de varios factores que se relacionan directamente con el ejercicio profesional del Trabajo Social. A modo de enriquecer el análisis y a la luz de lo discutido teóricamente, voy a analizar varias dimensiones del rol del trabajador social en las policlínicas, por un lado la relación del Trabajo Social con las demás disciplinas en el ámbito institucional de las policlínicas, teniendo en cuenta que la importancia del trabajo en interdisciplina para la implementación de la ley que se pretende estudiar. Por otro lado destacar cual es el aporte específico de la profesión y de ahí la importancia de contar con trabajadores sociales en los equipos multidisciplinarios.

Para ello el análisis se ha basado en información recabada en las entrevistas realizadas a las T.S de las policlínicas y a los informantes calificados. Cabe mencionar que en un comienzo la idea era realizar entrevistas a

profesionales que estuvieran insertos directamente en las policlínicas, pero al no contar con T.S trabajando en las policlínicas las entrevistas se realizaron a los referentes en salud que trabajan en los CCZ, y su inserción en las policlínicas se da desde ahí.

4.1 Descentralización, Programa de Atención Integral a la Mujer

4.1.1 Sus comienzos: objetivos, fundamentos e implementación.

El PAIM es un programa de la Intendencia de Montevideo que surge en el año 1996, con el objetivo de brindar una atención integral en salud con perspectiva de género. Este programa ha sido co-gestionado por la División Salud y la Secretaría de la Mujer de la IM. Su implementación se ha dado en conjunto con las comisiones vecinales y los equipos técnicos de las policlínicas municipales, y articulado en los últimos años con los programas de salud sexual y reproductiva de ASSE (Asociación de Servicios de Salud del Estado).

El programa se ha basado en reconocer los derechos sexuales y reproductivos como eje central para el desarrollo personal y la participación social. Tiene un fuerte contenido participativo puesto que apuntaba al involucramiento de las comisiones vecinales, las que tuvieron un papel imprescindible en su ejecución. En este sentido cabe señalar la importancia que tuvo el trabajo sostenido de las mujeres organizadas que formaron parte del PAIM, en tanto eran las que se ocupaban de administrar los métodos anticonceptivos.

Según información recabada en las entrevistas realizadas a Trabajadoras Sociales de las policlínicas municipales que trabajaron en el PAIM, la creación de un fondo de métodos anticonceptivos, fue una iniciativa novedosa, que sirvió de eje para darle participación a la comunidad. Como en las policlínicas no se administraban recursos monetarios, fue necesario organizar un grupo de mujeres que se encargaran de gestionar los fondos de anticonceptivos. De esta forma las mujeres, administraban y distribuían los métodos anticonceptivos.

“Se conformó un actor muy importante como fueron las comisiones de salud, apoyadas desde el equipo social del comunal y desde el concejo vecinal.”

“En primera instancia se conformó una comisión de mujeres para la administración de los métodos anticonceptivos, o sea compra y venta de métodos. Y a medida que se fue conformando ese grupo se fueron agregando paulatinamente otras tareas de educación y promoción en salud.” (Entrevista N° 4)

La participación de las mujeres se dio también en el ámbito de la promoción en salud, realizando actividades en las policlínica, y a través de la iniciativa de pensar estrategias para integrara a otras mujeres al programa. Si bien en cada policlínica el trabajo de las mujeres desde haber tenido su impronta y sus características propias, lo importante a destacar es que en todas fue un pilar fundamental desde el cual se sostuvo el programa.

“Para mi lo más importante a destacar es que no era un programa dedicado exclusivamente a la venta de anticonceptivos, (...) esa era una parte, la otra parte estaba dirigida fundamentalmente al tema de la prevención y promoción en salud sexual y reproductiva, todo lo que tenía que ver con derechos de las mujeres.”(Entrevista N° 3)

Actualmente el programa continúa implementándose en las policlínicas municipales, pero se ha planteado un proceso de reformulación y fortalecimiento del programa, manteniendo sus características fundacionales, pero adaptándose a la nueva realidad. Esto implica tener en cuenta que los nuevos lineamientos que se definieron por parte de las autoridades de la intendencia, tienen el mandato de impulsar y sostener la inserción de los servicios de salud de la IM en el SNIS. Lo anterior implica entre otras cosas, coordinación para no superponer recursos. En este sentido cabe señalar que el SNIS significó un gran avance en cuanto a políticas de salud sexual y reproductiva puesto que a partir de su implementación se distribuyen métodos anticonceptivos en todas las policlínicas y centros de salud del país gratis. Actualmente debido al cambio de orientación que hubo con el nuevo SNIS, fue necesario hacer una reestructuración del PAIM, y en octubre del 2010, hubo un relanzamiento del programa con los nuevos lineamientos a seguir,

puesto que no tiene sentido contar con un programa cuya centralidad sea la distribución de métodos anticonceptivos, cuando ahora, con el nuevo SNIS los métodos se distribuyen gratuitamente en todas las policlínicas y centros de salud del país. En este contexto se definieron nuevas líneas de trabajo, que tienen que ver por un lado con el fortalecimiento de espacios de planificación y por otro lado definir el tipo de participación que desde lo institucional se desea promover.

4.2 La (des)información: una forma de conocer y conocerse.

Nudos para el Trabajo Social.

En este marco, cabe preguntarse en que se relaciona este análisis con la implementación de la ley de salud sexual y reproductiva, que se ha analizado en este trabajo. El PAIM constituye un marco de referencia del lugar en que se ha insertado el trabajo social en las policlínicas municipales. De esta forma hemos realizado un análisis del acceso a la información que tienen los trabajadores sociales, teniendo en cuenta que este es el objetivo general que guía este trabajo. De acuerdo con ello, se puede decir que ha variado sustancialmente el rol del Trabajo Social en las policlínicas y en el PAIM. Cabe señalar que en el comienzo del programa, la intervención del Trabajo Social fue imprescindible puesto que participaba, junto al equipo de la policlínica, en la planificación de estrategias para la implementación del programa y fundamentalmente en la coordinación del grupo de mujeres organizadas que trabajaban en el PAIM. En este sentido, se puede decir que hubo un involucramiento sostenido de los trabajadores sociales en lo que tiene que ver con la planificación y coordinación de todas las acciones que se llevaban adelante. Es pertinente citar aquí algunas palabras de una de las trabajadoras sociales entrevistadas que da cuenta de la auto percepción que tienen acerca del lugar que ocupó la profesión en los orígenes del PAIM.

"Nosotros creamos en PAIM. Se conformó la comisión de salud en que participaban las policlínicas comunitarias, delegados de los barrios y

personas que estaban interesadas en trabajar en la temática de salud, fue una de las comisiones más exitosas y numerosas” (Entrevista N° 3.)

Los equipos de trabajo, conformados por Licenciados en enfermería, ginecólogos, médicos de familia, trabajadores sociales, así como las mujeres que participaban del PAIM, estaban suficientemente informados acerca de los derechos sexuales y reproductivos, puesto que desde la intendencia se daban charlas y talleres para capacitar a las personas que trabajaran en las policlínicas (tanto funcionarios como vecinos). En la actualidad, la falta de información es un nudo importante a resolver. En cuanto a la ley que se ha analizado en este trabajo, pocos profesionales la conocen detalladamente, en general se tiene conocimiento de que existe dicha ley pero de ahí a que se hayan interiorizado realmente de que trata hay un gran paso que no se ha dado. Se podría decir que la falta de información que tienen los profesionales (siempre remitiéndonos a los objetivos de este trabajo y por lo tanto nos referimos a las trabajadoras sociales de las policlínicas) se debe a que por un lado a que ya no existe desde la institución ninguna capacitación en derechos sexuales y reproductivos, lo que dejaría librado al azar o a la voluntad de cada profesional el informarse acerca de la temática. En segunda instancia pero no por ello menos importante el hecho de que trabajadores sociales no tengan una inserción directa en las policlínicas, y un trabajo sostenido en lo que tiene que ver con un programa de atención integral a la mujer, también sería un obstáculo para acceder a la información. El problema de la información no pasa solo por el acceso a la misma sino también por una voluntad real de informarse, puesto que no se podría afirmar que los profesionales no tienen un acceso adecuado a la información. Entonces cabe preguntarse ¿Porque no estamos informados? En las entrevistas realizadas a informantes calificados, se destaca que el problema de la información tiene varios nudos, pero las entrevistadas destacaron que la formación de los profesionales en este sentido es débil. Se podría afirmar que desde el trabajo social existe una formación bastante sólida que incorpora la perspectiva de género. Ahora bien, quizás habría una debilidad o una carencia en lo que tiene que ver específicamente con el tema de la salud sexual y reproductiva.

“Entonces tienen que tener una capacitación y una formación, pero sobre todo una formación, porque la capacitación le da destreza para poder manejar desde lo instrumental digamos pero en cambio la formación es otra cosa. La formación tiene que ver con la educación en profundidad, te da elementos desde el punto de vista ético, valores, capacitación para la relación humana, el respeto por el otro comunicarte con las personas en la consulta y en el tratamiento, como tratarlos como un ser humano como personas y no como un número o como un caso.” (Entrevista N° 5).

En esta misma línea pero desde otro punto de vista, quisiéramos destacar que el problema de la falta de información lleva además a que los trabajadores sociales se vean desmotivados ya que no contar con la información necesaria implica que su rol se ve limitado. Remitiéndonos al marco teórico se podríamos decir que conocer la realidad es un elemento determinante para nuestra profesión puesto que para intervenir debemos conocer la realidad. La falta de información de los profesionales y de las personas en general es un problema que se reconoce y se reitera a lo largo de las entrevistas. Ahora bien, la información existe pero ¿cómo acceder a ella? ¿Cómo apropiarse de la información? En este sentido una de las entrevistadas, ha destacado que:

“Hay que informarse, concientizar y sensibilizarse frente al tema. Primero informarse, una vez que estamos informados, sabemos de que se trata tomar conciencia ¿que quiere decir esto? Tener claro cual es la propuesta, que significa, que dimensión tiene, las implicancias tiene en mí y en la gente que me rodea, y lo otro es la sensibilización que quiere decir estar alerta, una vez que estoy informado y sensibilizado, estoy también alerta y puedo hacer valer mis derechos” (Entrevista N° 5).

Lo anterior remite a la importancia de apropiarse de la información para poder ejercer plenamente nuestros derechos. Tal como se ha fundamentado en el marco teórico, quisiéramos señalar la estrecha relación entre el acceso a la información y la posibilidad del ejercicio de una ciudadanía ampliada. En este sentido parece oportuno pensar como profesionales y como mujeres (ya que en este caso se entrevistó a T.S mujeres) cual sería el rol del trabajo social como

efector o promotor de la ciudadanía. Deberíamos aportar a la promoción de una ciudadanía diferenciada reconociendo las deferencias que existen entre las personas con las que trabajamos, y en este caso en particular entre las mujeres que acceden a los programas de salud.

4.3 Equipos interdisciplinarios, el lugar del Trabajo Social.

¿La auto percepción de una profesión subordinada?

De acuerdo a lo citado, y teniendo en cuenta la opinión de las demás entrevistadas, parecería que hay una auto percepción positiva en cuanto al lugar que ocupaba el trabajo social en los equipos de trabajo. Ocupaba decimos porque actualmente no solo el mismo PAIM se ha reestructurado sino que el rol del trabajo social en el programa también ha variado.

“Eso era antes porque hoy en el tema del PAIM eso ya hace varios años que dejó de existir porque hubo cambios, en la medida en que hubo cambios a nivel de gobierno a nivel nacional y las políticas que tenían que ver con el tema mujer y toda la parte que tenía que ver con métodos anticonceptivos, que habían habido intentos anteriores pero todos fracasaron porque no se pudieron sostener.” (Entrevista N° 3).

A la luz de este cambio se ha analizado cual es el rol del trabajo social en los equipos de salud de las policlínicas en la actualidad. Según la información recabada, los equipos de profesionales que trabajaban en el PAIM estaban conformados por médicos, licenciados en enfermería, trabajadores sociales, y ginecólogos. Se trabajaba en una relación de horizontalidad, contando con la mirada de distintos saberes. Hoy en día, si bien en el discurso se aboga por el trabajo en equipo y por la importancia de integrar los distintos saberes, en la práctica existe una gran dificultad para lograrlo. En lo que se refiere al trabajo en la salud, podríamos decir que la hegemonía del saber médico, tal como se fundamentó en el marco teórico, sigue imperando aún hoy en los equipos de trabajo. Remitiéndonos concretamente al lugar de nuestra profesión en los equipos de las policlínicas en la actualidad, se puede decir que el hecho de que no

participen en las instancias de planificación del trabajo, implica por un lado desconocer la capacidad de nuestra disciplina en tal sentido. Por otro lado significa que el rol que se le atribuye al trabajador social queda ceñido a intervenciones puntuales de asistencia, desconociendo el potencial de nuestra profesión en el ámbito de lo educativo-promocional. Para trabajar en lo comunitario, es fundamental que los agentes sociales tengan visión de género, pues si no es muy difícil realizar un diagnóstico que de cuenta de la realidad. Teresa Matus expresa muy bien la realidad estamos planteando

“Para intervenir es preciso comprender porque y sobre que se actúa. Esta comprensión es siempre histórica. Trabajo Social debe ser pensado desde los procesos sociales en los que se inserta. Esta interpretación, sin embargo no puede ser esencialista sino inquirir por la constitución particular de los sujetos” (Matus, T, 1999: 26).

4.3.1 El lugar del Trabajo Social en las policlínicas hoy:

Un vacío que se siente.

Siguiendo con el análisis, pero desde otro punto de vista, se ha analizado el hecho de que no existe una inserción directa de la profesión en las policlínicas. Cabe señalar que se ha valorado por parte de las autoridades de la Intendencia prescindir de nuestra disciplina en los equipos de trabajo de las policlínicas. En este sentido quisiéramos destacar que la falta de un saber específico como el trabajo social implica una carencia en los equipos de salud. Un programa que pretende ser integral no podría prescindir de la mirada de una profesión que está orientada a promover los derechos de las personas. Quizás lo que existe es una falta de reconocimiento y de valoración del aporte de nuestra profesión. Haciendo referencia al marco teórico que orienta esta investigación, podríamos decir que actualmente el SNIS pretende que haya una atención integral de la mujer, por lo tanto es imprescindible contar con equipos multidisciplinarios, que cuenten el aporte y la mirada de todas las profesiones.

Remitiéndonos al papel que tienen hoy día los trabajadores sociales en las policlínicas, se puede decir que se trata de un papel fragmentado y por lo tanto sus aportes se ven limitados a trabajar con situaciones puntuales, aunque participan en algunas actividades de promoción. De esta forma se desconoce el aporte que implica contar con el diagnóstico y participación en las acciones de promoción por parte de los trabajadores sociales.

Nuestra profesión está genéticamente ligada a los procesos de salud. De acuerdo con Elizabeth Ortega (2003) se puede decir que el trabajo social ha tenido (y tiene) una inscripción jerárquica y técnicamente subordinada a otras profesiones del campo médico-sanitario. Siguiendo con el análisis de la autora se entiende que el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad. Por lo tanto se puede cuestionar también la visión disciplinadora que se tiene aún hoy de nuestra profesión puesto que queda ceñida a las intervenciones puntuales desconociendo el aporte en lo educativo promocional.

4.3.2 Cuidando de los otros.

Ser mujer: ¿condición para un lugar en la profesión?

Otro elemento para reflexionar es acerca del lugar que ocupa el trabajo social, en cuanto a que es valorado casi exclusivamente por su dimensión asistencial. Se podría cuestionar si esto tiene que ver con una profesión feminizada, dedicada a los cuidados del otro, lo que remite a ciertas fragilidades como es resolver lo cotidiano, lo inmediato, lo frágil. Sin querer negar que la dimensión asistencial es sustantiva en la profesión, remitirnos solamente a ella implica perder gran parte de la riqueza de nuestra formación que nos habilita a un trabajo profundo y sostenido que no se limita a intervenciones puntuales.

Para finalizar con el análisis se podría destacar que si bien hay falta de información en cuanto a la ley, se reconoce ampliamente el proceso en que la

misma fue aprobada, esto es el debate social y político que se llevó a cabo. Se reconoce que hubo un involucramiento y una participación de las mujeres tanto del movimiento feminista como de las parlamentarias en el logro de la aprobación de la ley.

Reflexiones Finales

Este proceso de investigación se enmarca dentro de la dimensión investigativa del Trabajo Social. De acuerdo al plan de estudios 1992, nuestra disciplina tiene cuatro dimensiones, la dimensión investigativa, la asistencial y la educativo- promocial y una cuarta que transversaliza a las demás que es la dimensión ético-política.

Siguiendo el objetivo general que guía este proceso, se trató de investigar acerca de la implementación de la ley 18.426, Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, focalizándonos concretamente en el acceso a la información que tienen los Trabajadores Sociales referentes en salud de los CCZ.

Sería pertinente destacar que en un comienzo nuestro interés se dirigió a investigar en las policlínicas municipales, puesto que la ley pone énfasis en fortalecer las prestaciones en salud, para lo cual se prioriza el primer nivel de atención. Para trabajar en el primer nivel de atención tanto el Sistema Nacional Integrado de Salud como la ley 18.426 estiman necesario que existan equipos interdisciplinarios formados por varias disciplinas entre ellas el trabajo social. Siendo así nos pareció importante explorar, acerca del acceso a la información que tienen los trabajadores sociales que trabajan en las policlínicas municipales de Montevideo. Al realizar los contactos con las policlínicas, nos informaron que no habían trabajadores sociales directamente allí, sino que el recurso con que cuentan son los referentes en salud que trabajan en los CCZ. De esta forma nos remitimos a los CCZ, donde existen solamente cuatro Trabajadoras Sociales referentes en salud trabajando en la actualidad en las policlínicas, a saber CCZ 2, 3,10 y 12. En el resto de los CCZ el recurso con que cuentan para trabajar en salud son becarios/as de Trabajo Social.

Nos pareció sumamente importante reflexionar acerca de esta realidad, que implica entre otras cosas un déficit en las prestaciones de servicios de salud puesto que no se cuenta con trabajadores sociales en los equipos de trabajo. Creemos que para brindar una atención integral en salud, deberían existir equipos de trabajo constituidos por todas las disciplinas que necesariamente están

implicadas. Teniendo en cuenta que la integralidad se relaciona entre otras cosas con una concepción bio-psico-social de las personas, que solo puede lograrse con el aporte de distintas miradas, de distintos saberes que se complementan para tener una visión holística de los fenómenos. En este aspecto se destaca como un primer obstáculo para la implementación de la ley, la falta de equipos interdisciplinarios en las policlínicas municipales.

Ahora bien, indagando específicamente acerca del acceso a la información, se puede destacar que la dificultad no está precisamente en el acceso sino en la apropiación de la misma. En la investigación se pudo visualizar que la falta de información responde a algunas barreras institucionales puesto que no hay una capacitación de los profesionales que allí trabajan. Los recursos humanos en salud son un factor clave en el proceso de transformación institucional. En el caso de la reforma del sistema de salud iniciada en el 2008, que apela a fortalecer el primer nivel de atención, la atención integral y la participación ciudadana, implica un cambio en la forma de organización del trabajo de los equipos de salud. El cambio del sistema de salud hacia uno integral interpela la formación de los profesionales de salud y exige nuevas capacidades y herramientas para poder brindar una atención de calidad en las prestaciones de salud sexual y reproductiva. La formación profesional y la capacitación permanente de los profesionales implicados en brindar atención a la salud son de suma importancia y representan un desafío para poder llevar adelante la transformación del sistema de salud. Entonces ¿Donde radica el problema? ¿Queda librado a la voluntad personal de los profesionales el querer informarse? Las instituciones ¿promueven el interés y la necesidad de que los profesionales se informen? Estas son cuestiones sobre las que no se indagó en este trabajo pero parece muy importante que queden planteadas, puesto que debería ser una exigencia de las instituciones contar con profesionales informados.

Otro de los objetivos planteados, era indagar acerca de la concepción de SSR que tienen los T.S. En este aspecto cabe destacar que los profesionales entrevistados cuentan con una visión amplia acerca del tema, que se acerca

mucho a lo que es la concepción que de SSR se tiene en la ley. Me parece muy importante resaltar que los profesionales incorporan la SSR como un derecho de las personas. Destacan la importancia del derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, y reconocen que la ley ha sido un avance y un gran aporte en este sentido. Reconozco que lo anterior es muy positivo, puesto que a pesar de otras dificultades, es importante que los profesionales tengan esa apertura hacia el tema. Por otro lado, atendiendo al objetivo de conocer las acciones que llevan delante los T.S en materia de SSR, se puede reflexionar que a pesar de contar con una visión amplia acerca del tema, los T.S reconocen que sus intervenciones son puntuales, y se ven limitadas por el rol que tienen en las policlínicas, es decir por no tener una inserción directa en las mismas. Esto no sería un problema de los profesionales del T.S, sino al lugar que se les ha asignado desde la IM para trabajar en salud. Es importante reconocer el aporte que significaría contar con la mirada del Trabajo Social, ya que la formación que tenemos es orientada a la promoción de derechos, a la planificación de a estrategias para la intervención en comunidad, a la realización de diagnósticos de situación que permitan conocer tanto la población usuaria de los servicios como el contexto en que se desarrolla la vida de los mismos. Lo anterior es de suma importancia para el trabajo en el primer nivel de atención y para lograr una atención integral en salud como se pretende con el nuevo SNIS.

4.5 Fortalezas y debilidades

Como fortalezas quisiera destacar en primer lugar la actualidad del tema estudiado y el aporte para que pueda significar para futuras investigaciones acerca del mismo.

Por otra parte la información recogida en las entrevistas, tanto a las trabajadoras sociales como a los informantes calificados, que aportaron valiosos elementos para el análisis de la temática estudiada.

Destacar además que la búsqueda bibliográfica fue fundamental tanto como guía de la investigación como para el análisis de la información recogida. Destaco por lo tanto que las referencias bibliográficas utilizadas son sustantivas y podrían servir de base para futuros investigadores que quisieran aportar en esta línea de investigación.

Se puede señalar como debilidad el hecho de que todas las entrevistadas fueron mujeres. Esto no fue a propósito sino que en todos los ámbitos donde se recogió la información eran lugares ocupados por mujeres, lo cual es un fenómeno para reflexionar. Es de nuestro conocimiento que hay muchos varones trabajando en cuestiones de género pero en este trabajo no hubo oportunidad de entrevistar a ninguno. Se considera como una debilidad puesto que en este trabajo se pretende tener la perspectiva de género. Esto no significa tener solamente la mirada de las mujeres, (como muchas veces que se habla de género se cree que se habla solo de mujeres) sino que implicaría incorporar también la mirada de varones que pudieran aportar, desde su lugar elementos para el análisis.

Referencias Bibliográficas

- _ Aiscar, C (2005) *La Maternidad en los sectores populares: Representación Social de las mujeres y la relación con la atención de su salud*. Buenos Aires: Espacio..
- _Arendt, H (1998) *La condición humana*. Barcelona: Paidós
- _Barrán, J.P (1992) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Volumen I. Montevideo: Banda Oriental.
- _Barrán, J.P (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Volumen III. Montevideo: Banda Oriental.
- _ Barrán, J.P (2002) "Aspectos de la medicalización de la sociedad Uruguaya". En (Portillo, J. "et al") *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Norda-Comunidadea.
- __Bonaparte, H (1997) *Unidos o dominados. Mujeres y Varones frente al sistema patriarcal*. Rosario: Homo Sapiens.
- _Bourdieu, P (2000) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama
- __Carli, A (2008) *La Ciencia como Herramienta. Guía para la investigación y la realización de informes, monografías y tesis científicas*. Buenos Aires: Biblos.
- _ Claramunt, A (2006). *Participación en políticas sociales descentralizadas :el impacto en los actores sociales*. Buenos Aires :Espacio.
- _CNS Mujeres. (2009) *Una propuesta política de las Mujeres organizadas*. Montevideo: MYSU.
- _Femenías, M.L (2000) *Sobre sujeto y género. Lecturas feministas desde Bouveair a Butler*. Buenos Aires: Catálogos.
- _Foucault, M. (2002) *Historia De La Sexualidad*. Argentina: Siglo XXI

_Gioscia, L. (2001) "Ciudadanía una condición imaginaria", en Laura Gioscia *Ciudadanía en tránsito. Perfiles para el debate*, Instituto de Ciencia Política, Uruguay: Banda Oriental.

_ Kymlicka, W y Norman, W (1996) "El retorno del Ciudadano. Una revisión reciente de la teoría de la ciudadanía", en Revista *Ethics*, Universidad de Chicago Cuadernos del CLAEH, N° 75, 2ª serie, año 20, pp. 81-11.

_ López, A y Abracinskas, L (2007) "Desde la arena Feminista hacia la escena política" en López, A; Abracinskas, L. *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. Uruguay: MYSU.

_López, A; Abracinskas. (2009) "El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva". Cuadernos del UNFPA. Año 3, N° 3. Uruguay.

_Plan de Estudios Licenciatura en Trabajo Social (1992) Departamento de Trabajo Social. FCS. UdelaR

_ Quesada, S y López Gómez, A (2002) *Guía Metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF*. Montevideo: UNFPA

_ Marshall, T. H (1998) *Ciudadanía y Clase Social*. Madrid: Alianza.

_Matus, Sepúlveda, T. (1999) *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica*. Argentina: Espacio

_Moreira, C. (2007) "Contexto político y Social del Uruguay de la crisis (2000-2004)". en López, A; Abracinskas, L. *Aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. Uruguay: MYSU.

_ Moreira, H. (1994) *Cuerpo de mujer: reflexión sobre lo vergonzante*. Montevideo: Trilce

_ Moreno, H. (2001) "Relaciones Sexuales". En *Sexualidad y Derechos Ciudadanos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán".

_MSP. (199?) *Iniciando un camino. Curso de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva*. Dirección General de Salud. División Promoción de la Salud. Departamento Materno-infantil. Montevideo: MSP.

_MYSU. (2009). *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009*. Montevideo: MYSU.

_Ortega, E (2003) *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: Universidad de la República: Universidad Federal de Río de Janeiro.

_Pérez Aguirre, L (1996) *La condición femenina*. Montevideo: Trilce

_Portillo, J. y Blanco, R y San Martín, H (1991) *Teoría social de la salud*. Montevideo: Udelar

_Varela Petito, C (Coord.) (2008) *Demografía de una Sociedad en transición: la población uruguaya a inicios del S XXI*. Montevideo: FCS-UM: UNFPA.

Sítios Web

- Portal CIPD. *Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo*
Disponible en www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm (Acceso 20/09/2010)

- Portal SMU. *Sistema Nacional Integrado de Salud*.
Disponible en <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf> (Acceso 28/02/2011)

- Portal IM. *Programa de Atención Integral a la Mujer*
Disponible en:
<http://www.montevideo.gub.uy/ciudadania/servicios/salud/mujer/programa-de-atencion-integral-la-mujer-p> (Acceso 28/02/2011)

- Portal Parlamento. *Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*.
Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426>