

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

**Representaciones de “género” y “ciudadanía” en el
Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género
(Ministerio de Salud Pública)**

Lucía Acosta Laurini

Tutor: Mariana Viera Castro

2013

*“...la descripción del cuerpo nunca es inocente,
siempre tiene una función política”.*

(Barrán, 1995:91)



ÁREA TEMÁTICA

Políticas públicas, género, ciudadanía, salud.

RESUMEN

La presente investigación se centra en torno a la incorporación y garantización de la perspectiva de género y la promoción de ciudadanía desde el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (en adelante PNSMG), que se implementa desde el Departamento de Planificación Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP). Dicho Programa, y actualmente su reconfiguración en el Área de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante ASSRR), se basa en lineamientos que apuntan a la equidad de género y a la promoción de ciudadanía.

Por medio de entrevistas se recabó información que contribuyó a la producción de conocimiento en torno a diferentes aspectos que hacen a dicha realidad. Entre ellos se destaca el enfoque de ciudadanía en el cual se fundamenta el Programa, la concepción de género a partir de la cual se trabaja y las diferencias que perciben respecto a programas enmarcados en periodos de gobiernos anteriores.

ÍNDICE

Capítulo I: Introducción	1
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	5
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	6
Políticas Públicas orientadas al Principio de Equidad	6
EL PROCESO MEDICALIZADOR	8
El culto a la salud	8
NUEVAS FORMAS DE CONTROL DE LA MODERNIDAD	12
Gubernamentalidad y biopoder	12
GÉNERO	16
La construcción de lo femenino y de lo masculino	16
Cuerpo físico- cuerpo social	18
Cuerpo médico-cuerpo social: la construcción de lo femenino y de lo masculino desde el saber médico.	18
CIUDADANÍA	22
Concepción teórica de Marshall	22
De concesión a conquista	22
Aportes de la corriente feminista	23
Capítulo III: MARCO CONTEXTUAL	28
¿Cómo transcurrió la temática de salud en Uruguay?	28
La institucionalización de la Salud...hasta la actualidad.	28
El sistema de salud antes de la reforma	29
Reforma del sistema de salud	30
PNSMG	33
ASSRR	34
Capítulo IV: METODOLOGÍA	35
Capítulo V: ANÁLISIS	36
Primer eje analítico:	38
PNSMG	38
Áreas programáticas: 1º período y reestructura en un 2º período.	38
Creación del PNSMG. Aspectos generales.	38
Actual ASSRR	40

Segundo eje analítico:	47
Fundamentaciones teóricas del Programa Nacional de Salud de la Mujer y el actual ASSRR	47
Género. Discursos y trasfondos	47
Ciudadanía	55
Tercer eje analítico:	61
Continuidad en los lineamientos: 1° y 2° período	61
Diferencias en los programas enmarcados en gobiernos de izquierda y de derecha	62
Estado. Estructura y fines	65
Capítulo VI: Consideraciones finales	70
Bibliografía	74
Anexos	79
ANEXO N° 1	79
Pautas de entrevista	79
ANEXO N° 2	83
ANEXO N° 3	85
ANEXO N° 4	90

Capítulo I: Introducción

La presente investigación se centra en las políticas públicas en salud establecidas en el primer mandato de izquierda¹, en lo que respecta a la concepción de género y al enfoque de ciudadanía que fundamentan a las mismas.

La elección de dicha temática está dada por la actualidad que la misma presenta en nuestro país. Es un tema vigente que se encuentra dentro de la agenda política, destacándose la relevancia de las problemáticas en cuestión y la importancia de los avances en dicha materia.

En nuestro país se aprobaron y ratificaron diversas convenciones y conferencias, a partir de las que el Estado uruguayo creó, adecuó y modificó el conjunto de leyes que regían en lo que respecta a la temática de la mujer, el género y la salud.

A nivel mundial se proclamaron diversas conferencias en defensa de los derechos de las mujeres, entre ellas se destaca la Conferencia de Naciones Unidas de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 en la cual se declaran los derechos de las mujeres como derechos humanos, y la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en 1994, en la cual se incorporan conceptos de salud que se convierten en derechos. Asimismo, en esta última conferencia, junto a un conjunto de prescripciones se plantea la perspectiva de género como un eje ineludible de análisis de las situaciones.

Se señala la 4ta Conferencia de la Mujer en Beijing en 1995, en la cual se consolidan las múltiples acciones que hasta ese momento se habían desarrollado, en dicha Conferencia no solo se asumen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de hombres y mujeres, sino que se incorpora en todas las líneas la perspectiva de género referida a doce temas, entre ellos los temas vinculados a la violencia de género, mujeres y salud, la situación de las mujeres migrantes, los conflictos armados, el trabajo, la participación política, la educación y el hábitat. Cabe agregar también, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada en 1979 y ratificada por Uruguay en 1981, la cual se considera como uno de los principales instrumentos internacionales de Derechos Humanos para la defensa de los derechos de la mujer.

En base a lo anteriormente planteado, cabe destacar que la experiencia uruguaya ha confirmado la importancia de los compromisos internacionales para el avance nacional en dichas temáticas, "...la acción y la 'presión' internacional vía la oferta de asistencia técnica y la propuesta

¹ Cabe destacar que este primer mandato de izquierda se desarrolló en el período correspondiente a marzo de 2005 hasta marzo de 2010, bajo la autoridad del primer mandatario Tabaré Vázquez, siendo la primera vez, luego de más de 170 años de gobiernos de los históricos partidos Nacional y Colorado, que llega al poder nacional un gobierno de izquierda. Este primer mandato se caracterizó por un fuerte apoyo a las políticas sociales, especialmente a aquellas vinculadas a la temática de educación y salud. Por ello, se destaca la reforma implementada en el sector salud con el nombre de Sistema Nacional Integrado de Salud, dentro de la órbita ministerial a cargo de la Ministra María Julia Muñoz.

de mecanismos como las comisiones tripartitas presionan a que los gobiernos pongan en práctica acciones" (Aguirre, 2008).

En el 2005 asume un nuevo gobierno con una orientación ideológica diferente a los gobiernos precedentes. Dicho gobierno propone un conjunto de reformas en distintas áreas de la vida social, entre ellas se destaca la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (aprobado por la Ley 18.211 de diciembre de 2007) que se caracteriza, entre otros aspectos, por la universalización de los servicios de salud. Dichas políticas colocan el énfasis en la salud como un problema público, donde el Estado asume un rol activo y explícito.

Uno de los lineamientos que se establecen desde el MSP se corresponde con la creación del PNSMG. Dicho Programa incorpora la perspectiva de género en el diseño de las políticas de salud, en tanto: "Existe la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis del perfil epidemiológico, de la planificación y normatización y acciones de salud, que tengan como objetivo promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la equidad y los derechos a la ciudadanía de la mujer" (En: www.msp.gub.uy , Recuperado 2012, 30 de junio).

Es por ello, que surge la motivación de investigar y conocer respecto a la temática de género. Específicamente, en lo que refiere a las mujeres, al reconocimiento y conquista de derechos, pero desde un ámbito diferente al que se lo coloca actualmente desde la arena política (sistema de cuidados, esfera laboral, etc.), tales como lo son las políticas públicas en salud, con las particularidades y múltiples actores que las mismas colocan en juego. Asimismo, se plantea reflexionar sobre el "nuevo enfoque" que al parecer toman las políticas de salud, materializadas específicamente en el PNSMG, así como también sobre las distintas concepciones a partir de las que se basan las justificaciones discursivas de quienes lo implementaron.

Históricamente, el trabajo social ha sido asociado a la profesión del "...hacer más que al conocer", olvidando una de las dimensiones que hace a la profesión, en tanto "...el accionar intencional y dirigido del profesional incluye y requiere la dimensión investigativa" (Claramunt, s/d: 95). Por tanto, desde el trabajo social es necesaria una visión crítica de la realidad en la que se inserta la profesión, ya que "Esta dimensión se constituye (...) en un proceso de movilización intelectual que apunta a problematizar aquellos procesos naturalizados, aceptados socialmente, desmitificando sus contenidos, apuntando en definitiva a desocultar las relaciones entre naturaleza, hombre y sociedad" (Claramunt, s/d: 94).

La relevancia otorgada a la dimensión investigativa en Trabajo Social está dada por lo que refiere principalmente a la contribución de la autonomía profesional, mientras que se coloque al trabajo social en una posición de diálogo y se logre romper con la dependencia de producción académica de otras ciencias. Por lo tanto, cabe mencionar el lugar que históricamente se le ha otorgado a la profesión como "...desaguadero de las ciencias sociales" (Netto, 1997),

destacándose la importancia de desarrollar la dimensión investigativa de la profesión, generando procesos de conocimiento y considerando los aportes de la misma ya no solo desde la práctica del trabajo social.

En esta investigación se piensa en un trabajo social integrador, articulando investigación y práctica, ya que se considera la importancia de conocer los fundamentos y lineamientos que hacen a una de las políticas actuales, en tanto se cuestione y problematice un posible campo de inserción profesional.

A continuación, se presenta el **diseño de investigación**:

Pregunta problema

¿Cuáles son las concepciones de género y ciudadanía a partir de las cuales se elaboran las políticas pertenecientes al Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género?

Objetivos

Objetivo general

- Contribuir a la producción de conocimiento respecto a la concepción de género y ciudadanía que entrañan las políticas públicas de salud en Uruguay.

Objetivos específicos

- Identificar la concepción de género que de manera implícita y explícita permea el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.
- Identificar las diferencias que expresamente se buscan establecer con las políticas de gobiernos anteriores y las razones de las mismas.
- Conocer qué enfoque de ciudadanía guía a las políticas de salud enmarcadas en el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género.

Líneas de indagación.

¿Qué se entiende por género desde el PNSMG? ¿Desde qué concepciones teóricas de género parte? ¿Cómo se incluye a la mujer y al varón dentro de esa concepción? ¿Existe un orden de prioridad al momento de pensar políticas para varones o mujeres? ¿Qué supuestos hay detrás de sus discursos? ¿Existe una idea de equidad? ¿Cómo se conceptualiza?

¿Qué entienden, quienes las formulan, que estas políticas se diferencian de las de gobiernos anteriores? ¿Cuál es el rol que tiene el Estado en la implementación de políticas de este carácter? ¿Bajo qué objetivos el Estado implementa estas políticas? ¿Existe la idea de continuidad respecto a la creación del Programa y su trayectoria por un segundo mandato de izquierda?

¿Qué concepción de ciudadanía se promueve desde el PNSMG? ¿Desde qué concepciones teóricas parte? ¿Qué percepciones tienen quienes desarrollan el Programa respecto a la promoción de ciudadanía que el mismo genera? ¿A partir de qué estrategias se promueve dicha ciudadanía?

Para finalizar, cabe destacar que la exposición de la tesis se organiza en cinco capítulos además del presente apartado. El próximo capítulo expone el marco teórico, entendiendo como tal los sustentos teóricos y conceptos que arrojan luz a la comprensión del problema que se va a investigar. El tercer capítulo presenta el marco contextual, en tanto son los aspectos descriptivos que hacen a la realidad en estudio. En el cuarto capítulo se expondrá el enfoque metodológico por el que se opta. En el quinto capítulo se reflejarán los resultados de la investigación, y en el último capítulo se presentarán las consideraciones finales.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO

Para dar comienzo al presente capítulo, se cree pertinente que se comprenda a los problemas sociales enmarcados en el contexto económico, político y social más amplio que los condiciona. Desde el método dialéctico se plantea pasar de un real concreto, expresado en el PNSMG el cual se va a investigar, a un real representado, en tanto a cómo se explica el devenir de las políticas de salud en nuestro país desde categorías abstractas.

En la presente investigación se entiende conveniente retomar los aportes teóricos-metodológicos planteados por Kosik (1967), en tanto "La dialéctica trata de la 'cosa misma'. Pero la 'cosa misma' no se manifiesta inmediatamente al hombre. Para captarla se requiere (...) dar un rodeo" (Kosik, 1967: 25). La realidad se presenta bajo el "mundo de la pseudoconcreción" al que alude Kosik, ya que el "individuo en situación" se crea un conjunto de representaciones de las cosas y conceptos correspondientes que se traducen en lo fenoménico de la realidad, en tanto estos fenómenos se manifiestan "...inmediatamente, primero y con más frecuencia..." (Kosik, 1967: 28), dejando oculto al mundo de la realidad, de la esencia, a "la cosa misma". Se plantea cómo las tendencias universales se expresan en la realidad concreta de las personas, donde las distintas problemáticas que se manifiestan en la vida cotidiana de los individuos corresponden a lo que Kosik (1967) define como "fenoménico". Por ello se torna necesario tomar las mediaciones con que se expresan las múltiples determinaciones del fenómeno, para llegar así a la esencia. Para lograr comprender la "cosa" es necesario conocer su estructura, y esto conlleva a una descomposición del todo, donde se abstrae y conceptualiza para lograr conocer su coherencia interna. Implica la separación del fenómeno de la esencia, "...de lo secundario respecto de lo esencial..." (Kosik, 1967: 30).

Por tanto, se considera relevante pensar a los fenómenos sociales como parte de un proceso social, histórico y político en los cuales se enmarcan, en los que el devenir histórico de dichos fenómenos determinará y condicionará su desarrollo actual. Es por ello que se cree necesario recurrir a categorías abstractas que nos conduzcan a comprender lo que dicha realidad social implica. Se debe vislumbrar a los fenómenos sociales bajo la luz de la teoría, en tanto se convierte en imprescindible para poder explicar la realidad que se quiere comprender. En otras palabras, se trata de comprender la realidad en su única dialéctica, como un todo complejo, síntesis de múltiples determinaciones y mediaciones. Como una *totalidad concreta* (Kosik, 1967).

A continuación, se plantean las categorías conceptuales que se consideran para la temática en estudio.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para comenzar a desarrollar el presente capítulo se considera relevante definir qué se entiende por políticas públicas.

Se considera la definición planteada por Gómez Arias (2003), quien las define como las "directrices que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, considerado por la sociedad como valor de interés público" (Gómez Arias, 2003:206). Por tanto, desde esta perspectiva, se considera que en un Estado democrático de derecho, las políticas públicas deben primar el interés colectivo por sobre el interés particular, las que posteriormente serán materializadas en el cuerpo legal de cada país y desarrolladas en planes, programas y proyectos respectivamente.

Por tanto, la política pública se expresa en el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno y/o los poderes del Estado, para dar respuesta a una problemática considerada prioritaria, de interés colectivo, o un bien social. Si bien el Estado posee un rol predominante frente a otros actores de la sociedad, esto no significa que en el proceso de construcción de una política pública, la sociedad civil organizada tenga un rol decisivo (Gómez Arias, 2003:207).

Políticas Públicas orientadas al Principio de Equidad

El principio de la equidad es un principio que ha estado presente en el discurso político de los grupos que reivindican y luchan por la igualdad, principalmente en las distintas demandas que se manifiestan por grupos de mujeres y en general por el Movimiento Feminista. Cabe destacar que ambos términos presentan diferencias, no siendo intercambiables entre sí.

John Rawls realizó su fundamentación filosófica al respecto. Dicho autor, en su obra "*La Teoría de la Justicia*" (1971) sostiene una concepción de la Justicia que se fundamenta en la admisión de las diferencias reales existentes entre las personas, por lo cual el logro de la igualdad de derechos que es un imperativo de la democracia, exige actuar con justicia en la distribución de los medios que aseguren la igualdad de oportunidades para todos en el ejercicio real de esos derechos. Lo anteriormente planteado, revela el aporte plural de sus ideas a las luchas por la igualdad, por tanto plantea:

- a) el relevamiento del criterio de la diferencia como elemento indispensable a considerar en la igualdad;
- b) la idea de justicia como equidad;
- c) la simiente filosófica y doctrinaria de lo que posteriormente llamaríamos medidas afirmativas o medidas de acción positiva; y,

d) el planteamiento de la igualdad de oportunidades como otro elemento importante a considerar en la justicia y la igualdad (Rawls en García Prince, 2008: 32).

Por tanto, "...*Igualdad*" en el ámbito de la filosofía política refiere a la base común de derechos y responsabilidades que corresponden a todos los miembros de la sociedad en tanto pertenecientes a la misma, remite a la característica común compartida, al principio que reconoce a todos los ciudadanos capacidad para los mismos derechos y su búsqueda ha sido parte esencial de las tradiciones de izquierdas, por su parte, '*Equidad*' remite a la consideración de la especificidad, de la diferencia. El término equidad tiene una aparición reciente en la arena de política y hace referencia a la discriminación positiva o inversa que partiendo del reconocimiento de las desigualdades intenta "enmendarla" con una desigualdad positiva para llegar así, a una '*igualdad superior*'..." (Pérez, 2012).

Según Garretón, la igualdad es uno de los tres grandes principios utópicos que han movido a la humanidad en los últimos siglos junto a la libertad y la solidaridad o fraternidad (Garretón; 2011). La tradición política de izquierda ha hecho especial hincapié en la denuncia de las desigualdades económicas, sociales, culturales, étnicas y de género. Pero "las transformaciones económicas bajo la égida del neoliberalismo, llevaron a la emergencia de un concepto sustitutivo del tema de la igualdad que acompañó a la respuesta al proyecto neoliberal, cual fue el concepto de equidad. Hoy ya se hace evidente que el concepto de equidad es insuficiente en la medida que representa sólo una de las dimensiones de la igualdad, la que se refiere a las oportunidades de los individuos en la sociedad en tanto la igualdad refiere a la distancia entre categorías sociales" (Garretón; 2011: 2).

Por tanto, desde la postura presentada se plantea que el propósito último de la equidad es contribuir al logro de la igualdad. Es por ello que la equidad se hace posible cuando el trato que se da a las personas está basado en la consideración justa de las necesidades e intereses impuestos por la diferencia, de manera que ese trato justo permita lograr que la igualdad de derecho se haga real, se exprese en los hechos, aun cuando las personas presenten diferencias (...) Esta equidad, exige la aplicación de acciones deliberadas que corrijan las desventajas y eliminen las desigualdades originadas en diferencias, sean estas diferencias de género, de edad, de origen étnico o por cualquier otro factor que produzca efectos discriminatorios en derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades, en hombres y mujeres (Facio, 2009).

Desde esta postura se plantea que el logro de la igualdad no es posible si no se instrumentan políticas orientadas con el principio de equidad, en tanto la equidad se convierte en indispensable para alcanzar horizontes de igualdad. Por ello, cabría preguntarse si las políticas en salud y género tienden hacia la equidad y en qué sentidos.

EL PROCESO MEDICALIZADOR

Para abordar la temática de políticas públicas en salud, se considera relevante aludir al período histórico que consolidó y materializó la temática de la salud en el ámbito político: el *proceso medicalizador*.

El culto a la salud

Se alude al proceso medicalizador por el cual atravesó específicamente la sociedad uruguaya² a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, considerándolo como un eje sincrónico que contribuye a comprender cómo a través de este proceso se sentaron las bases que posteriormente constituirían los fundamentos de las políticas de salud, donde se establecieron acuerdos de aquellos valores que se debían considerar superiores y socialmente aceptados, entre dichos valores se destaca la salud, la higiene, y el cuidado del cuerpo.

Barrán (1995), en una de sus obras, se refiere a que se basó en "...intentos de fundar normas éticas, sociales, políticas y culturales a partir del saber médico, como si este fuera el único fundamento posible de una cultura laicizada que había hecho del culto a cierta clase de salud su gran fuente de valores" (Barrán, 1995:175).

Otro elemento que responde a la superioridad del valor de la salud, es que en el siglo XIX, la Iglesia Católica se apropió de este valor en tanto se lo incluyó a su discurso, "...para alejar a los fieles del Diablo ya no bastaba con asegurar que el pecado también perjudicaba –suprema ironía- la sede del placer, el cuerpo (...) el pecado llevaba a la enfermedad y la virtud a la salud". (Barrán, 1995:176). Una nueva preocupación había sustituido a la cuestión de la salvación del alma: el cuidado del cuerpo.

La ideología predominante de una clase social, como era la clase médica, creó los sustentos ideológicos, sociales, políticos y culturales que tenían que regir en esa sociedad y sobre los cuales se orientaron no solo las acciones sociales sino también las acciones a nivel de Estado. El valor de la salud se convirtió en el parámetro para medirlo todo, "...desde las políticas a los actos más ínfimos de lo cotidiano", en donde "la "salud pública" fue el primer cuidado del dirigente político –incluía, naturalmente, el concepto de bienestar económico de la población- y mantener "la salud" se convirtió en objetivo subordinador del comer, el respirar, el jugar, el placer" (Barrán, 1993:116).

Retomando los aportes planteados por Barrán (1995), se alude a que en el Novecientos se pretendía medicalizar por completo a la sociedad, la medicina preventiva se nombró como "higiene", la cual procuró evitar la enfermedad mediante la vigilancia y preservación de la salud. La

² Si bien, se alude al proceso que transcurrió en la sociedad uruguaya, cabe destacar la acotación que plantea Barrán en una de sus obras: "...no se diga que estamos planteando un problema de la sociedad europea y no de la uruguaya, primero, porque nosotros también integrábamos la cultura occidental –tal vez más en esa época que ahora-. Y segundo, porque la rapidez, vertiginosa realmente, con que imitamos a la Medicina francesa y alemana y aun intentamos sobrepasarlas, indica que aquí también los descubrimientos de la ciencia eran una necesidad social". (Barrán, 1995:115)

medicina se orienta así a fines preventivos, al no considerarse solamente a la población que padecía alguna enfermedad. “Pero la derrota de la enfermedad no solo ocurriría por la medicalización total de la vida del individuo sino, y sobre todo, por la medicalización del gobierno de la sociedad. Solo el control higienista del Estado garantizaría las condiciones sociales y políticas perfectas que facilitarían la salud pública y privada” (Barrán, 1995:227).

Se debe pensar a la medicalización no solo como fruto del avance de la medicina, sino también como una consecuencia de múltiples factores, entre los que se destaca el descubrimiento de una nueva cultura del valor del cuerpo.

El descubrimiento de la salud como valor a “proteger”, se vinculó con el hallazgo del valor económico y político del cuerpo. Se comenzó a advertir el costo social que tenía la enfermedad, por lo que “...si la enfermedad era una pérdida económica, se deducía que la salud era un capital a cuidar”. Por ello, descuidar la prevención de las enfermedades equivalía “a un derroche formidable de salud y de capacidad de trabajo” (Barrán, 1993: 123).

El interés que se presenta entre el cuidado de la salud y la clase trabajadora, está dado porque se piensa a los seres humanos como “factores de producción y capital social” (Barrán, 1993:123), dicho razonamiento se posibilita por el conjunto de medidas sanitarias y alimenticias que establece el Estado, cuyo fin se corresponde con obtener un coeficiente de salud más elevado y una eficiencia mayor en el trabajo diario, en tanto con el cumplimiento de dichos aspectos se logre una repercusión favorable en la economía del país (Barrán, 1993: 123). Tal como se planteó anteriormente, cabe destacar que dicho culto a la salud era subsidiario a las necesidades del orden establecido. A su vez, se comenzó a insistir en la virtud que provenía de aquellos cuerpos: sanos, fuertes, vigorosos y jóvenes, como cuerpos ideales (Barrán, 1993:125).

Dentro del culto a la salud por el que se procuró, se destaca el placer corporal y la necesidad de su control. Su autodisciplinamiento permitiría el vigor, factor clave de la salud que se promovía. Por tanto, “...el dominio de la pasión favorecía al vigor físico y la salud, pero también el trabajo y la acción física favorecían el autocontrol” (Barrán, 1993:144).

Cabe destacar que la medicalización de la sociedad fue un proyecto de orden, tanto social como mental, donde el Estado y la clase médica fueron sus principales protagonistas. “El estado apoyó permanentemente y en casi todas sus pretensiones a la ‘clase médica’ porque su saber representaba a la cultura científica ante la ‘ignorancia’ popular, porque su poder era a menudo un agente eficaz del gobierno central en el interior, y porque ambos, saber y poder, tenían una función disciplinante clave en la construcción del hombre que el orden establecido requería” (Barrán, 1993:173). El objetivo de ambos era “civilizar” a las masas.

El autor plantea que la creación de hospitales³ se convierte en un indicador de dicho proceso y de la articulación entre el Estado y la medicalización de la sociedad. A través de dicho acontecimiento, la asistencia pública se medicaliza. Se presenta un cambio profundo en tanto los hospitales se concebían como espacios institucionales del cuidar más que del curar, el personal religioso era el que estaba a su cargo, siendo sustituido por el médico, quien pasa a ocupar un lugar preponderante y de prestigio (Barrán, 1993:45 Tomo 1).

Junto al proceso de medicalización que se desarrollaba a principios del siglo XIX, cabe destacar un acontecimiento que se establecía en el continente europeo tal como lo fue el Plan Beveridge, de fuerte repercusión en la temática de salud⁴.

El Plan Beveridge se elaboró en el año 1942, tanto Inglaterra como otros países lo usaron como modelo para la organización de la salud después de la Segunda Guerra Mundial. Con la creación de dicho Plan, se consolida un derecho diferente: el derecho a la salud (Foucault, 1977:97)

Dicho Plan "...indica que el Estado se hace cargo de la salud. (...) la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos, sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado" (Foucault, 1977:94). El cuerpo del individuo se convierte así en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado. A partir del desarrollo de dicho Plan, la salud ingresa al campo de la macroeconomía, y se convierte en objeto de lucha política, "...no hay partido político ni campaña política, en cualquier país desarrollado, que no plantee el problema de la salud y cómo el Estado garantizará y financiará los gastos de los individuos en ese campo" (Foucault, 1977:96).

Por tanto, la conversión de la salud en un problema eminentemente político desde el punto de vista de la importancia de la higiene pública, la revalorización del cuerpo (como fuerza de trabajo) y la moralización, que lleva al control social de la conducta desviada, conlleva a lo que Foucault destaca que está surgiendo pero que ya se venía gestando desde el siglo XVIII, lo que denomina como *somatocracia*⁵. Actualmente, una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal y la relación entre salud-enfermedad (Foucault, 1977:97).

El autor a partir de dicha noción se refiere al tipo de vigilancia panóptica que practica el Estado, a nivel de los individuos, sobre sus cuerpos y desde el propio cuerpo, con el fin de regular sus conductas. "La condición de viabilidad de ese tipo de estrategia (la más extendida forma de control social en la modernidad) está asociada al protagonismo de la disciplina-mecanismo

³ Junto a este se da la creación del MSP. Ambos acontecimientos se registran en 1934. Ortega E.: "El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista". Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Universidad Federal de Río de Janeiro. Escuela de Servicio Social. Montevideo, Uruguay. 2003.

⁴ Se debe considerar lo que Barrán plantea en una de sus obras, respecto a la característica que tenía Uruguay de ser un país occidentalizado, por ello se debe considerar estos acontecimientos a nivel mundial.

⁵ Somato: cuerpo, Cracia: gobierno. "El gobierno del cuerpo".

(Foucault, 1987), entendida como un tipo de relación social basada en la existencia de parámetros para el ejercicio de la libertad individual que son construidos a partir de coerciones sutiles o, dicho de otra manera, de una exterioridad supuestamente internalizada o internalizable” (Ortega, 2003:14).

Cabe destacar que el disciplinamiento no es un proceso consciente en el cuerpo social, se van creando una serie de imágenes que se convierten en rutinas que van ordenando la vida social (la naturalización de la vida cotidiana).

El control que se ejerce sobre los cuerpos fragmenta los dispositivos del ejercicio de lo que algunos autores llaman “ciudadanía”, se debe pensar cómo se la restringe, las medidas de cohesión de la vida social cuyo mayor exponente es la institucionalización es una de las posibles respuestas a esta cuestión. Las normas jurídicas como normas de regulación de la conducta, son un mecanismo de control y vigilancia sobre los cuerpos por parte del Estado.

Se destaca la importancia de aludir a estos acontecimientos ya que responden al devenir histórico de lo que son las políticas de salud actuales, para poder comprenderlas es necesario ver cuál ha sido su devenir y la importancia que la temática ha tenido en los distintos periodos históricos, en lo que a partir de las distintas necesidades del poder político y de la clase dominante se fueron instaurando ideologías y valores como los valores socialmente aceptados. “Las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes en cada época; o, dicho en otros términos, la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante” (Marx y Engels, 1996: 30). Se debe pensar a su vez, que la salud era algo manifiesto y visible porque en dicho periodo se preocuparon porque así sea, en tanto valor que primara socialmente.

Posteriormente se da lugar a otro periodo, en el cual la salud se sigue considerando un valor supremo, en cambio las distintas formas de controlar al cuerpo individual y al cuerpo social se desarrollan mediante mecanismos sutiles y que dejan de ser manifiestos.

“Desde su nacimiento, la clínica (es la marca de identidad del pensamiento y la práctica médica) contribuyó fuertemente a la institucionalización de formas de poder que suponen maneras no inmediatamente visibles de administrar tanto el cuerpo individual como el cuerpo social” (Mitjavila, 1998:30). Dicha corriente se convirtió en uno de los exponentes de la corriente de administración moderna de la vida que Foucault (1991) define como *biopoder*, la cual incluye el desarrollo de dos formas de poder: “...una *anátomo-política del cuerpo*, a través de las disciplinas que atraviesan la totalidad del tejido social, y una *biopolítica de la población*, centrada en una gran variedad de controles e intervenciones reguladoras del bienestar, dirigidas a la población considerada como *cuerpo-especie*” (Mitjavila, 1998:31).

Por tanto, cabe destacar que el saber médico es un componente esencial en este tipo de configuración moderna del poder. La presencia en los más importantes dispositivos de dominación que instauró la modernidad, tales como la prisión, la sexualidad, el manicomio, da cuenta de la

importancia que adquiere este saber médico como ordenador de la vida social. "...cada nueva clase que pasa a ocupar el puesto de la que dominó antes de ella se ve obligada, para poder sacar adelante los fines que persigue, a presentar su propio interés como el interés común de todos los miembros de la sociedad, es decir, expresando esto mismo en términos ideales, a imprimir a sus ideas la forma de la universalidad, a presentar estas ideas como las únicas racionales y dotadas de vigencia absoluta" (Marx y Engels, 1996: 33).

Foucault (1997) aporta en esta línea al señalar que, para la sociedad capitalista, desde el inicio del siglo XIX, "el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica" (Mitjavila, 1998:8). Por tanto, se va consolidando una tecnología sobre el sexo bajo la forma de dispositivo de sexualidad, tiene como objetivo el cuerpo y "...cuya razón de existencia es la "de penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de manera cada vez más global" (Foucault, 1976:130).

En sintonía con el planteamiento que realiza Foucault y las conceptualizaciones que realiza al término de gubernamentalidad, se plantea lo siguiente: "Hasta el momento, la política de la salud tiene éxito en general en la medida en que trasplanta un sentimiento de culpa masivo, que es requisito previo para que triunfe en la psique del individuo esa vía de "disciplina y castigo" (Heller y Fehér, 1995:77).

NUEVAS FORMAS DE CONTROL DE LA MODERNIDAD

Las políticas públicas se enmarcan dentro de una esfera macro, como lo es la esfera estatal. Por ello se retoman los aportes de Foucault, quien complejiza y problematiza el rol que actualmente establecen los estados a nivel de la sociedad y en particular a través de dispositivos de control concretos, como lo son las políticas públicas.

Gubernamentalidad y biopoder

Foucault (1978) plantea que en las sociedades actuales se vive la era de la *gubernamentalidad*, la cual se entiende como "un conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten ejercer esta forma específica de poder, que tiene como blanco la población, por forma principal de saber la economía y por instrumentos técnicos esenciales los dispositivos de seguridad" (Foucault, 1978: 175). Dicho proceso gubernamentalizador del Estado conlleva a que el cuerpo individual y el cuerpo social se conviertan en objetos de regulación, individuación y normalización.

Cabe considerar una nueva expresión que surge del poder Estatal, lo que Foucault denomina "biopoder", la cual "...implica una determinada economía del poder (...) que apunta a las diversas prácticas, destinadas a controlar individuos y colectivos y a generar las formas de auto-gobierno que se pretenden alcanzar..." (Foucault en Di Martino, s/d). De esta forma se apunta por parte del Estado, a una economización de recursos: "El que comete "delitos contra la salud" es un sujeto

“inreconstruido” (un término de los campos de reeducación) y “contaminado”. Ocasiona, sobre todo, gastos públicos (por el delito implícito de caer posiblemente enfermo, teniendo que ser hospitalizado y quizás enterrado a costa del dinero público)” (Heller, 1995:77).

La gubernamentalidad se impone a partir del siglo XVIII, Foucault plantea que el Estado se desplaza de un Estado de justicia en el Feudalismo, “...nacido en una territorialidad de tipo feudal y que correspondería a grandes rasgos a una sociedad de la ley”, a un Estado Administrativo “...nacido en los siglos XV y XVI en una territorialidad de tipo fronterizo y ya no feudal (...) corresponde a una sociedad de reglamentos y de disciplinas”, hasta tornarse en la actualidad en un Estado de Gobierno que ya “...no es definido esencialmente por su territorialidad, por la superficie ocupada, sino por una masa: la masa de la población, con su volumen, su densidad, naturalmente con el territorio sobre el que se extiende, pero que no es, en cierto modo, más que un componente de aquélla” (Foucault, 1978: 197).

“El ‘gobierno’ no se refiere sólo a estructuras políticas o a la dirección de los estados; más bien designa la forma en que podría dirigirse la conducta de los individuos o de los grupos (...) Gobernar, en este sentido, es estructurar un campo posible de acción de los otros”⁶ (Foucault, 2001: 253-254).

El autor analiza la relación respecto a cómo el ejercicio del poder gubernamental logra alcanzar el auto-gobierno y gobierno de sí y la conducción de la conducta de los otros. Cabe destacar que dicho gobierno se fundamenta en lograr que la disciplina y el control de sí sean interiorizados por los individuos. Por tanto, al no aplicar medidas represivas para lograr el gobierno de sí, los individuos juegan un papel activo en la construcción del mismo.

“Las técnicas de dominio gubernamental no se basan en la regulación exterior de sujetos autónomos y libres sino en la regulación de las relaciones mediante las cuales éstos se constituyen a sí mismos como tales”. (Foucault en Di Martino, 2010: 39). Designa la forma en la cual la conducta de los individuos o grupos debe ser dirigida.

Foucault centró su interés en el estudio de los poderes que se ejercen sobre el cuerpo, eso llevó a que colocara el centro de la atención en el cuerpo humano al considerar el modo en que las disciplinas que emergieron de la modernidad estaban enfocadas en la actuación de los cuerpos

⁶ Lo que plantea el autor se puede colocar en sintonía con el concepto de “campo de los posibles” planteado por Sartre (1970), entendido como el “...fin hacia el cual supera el agente su situación objetiva. En ese campo depende a su vez estrechamente de la realidad social e histórica (...) por muy reducido que sea, el campo de los posibles existe siempre (...) debemos imaginarlo (...) como una región fuertemente estructurada que depende de la Historia entera y que envuelve a sus propias contradicciones” (Sartre, 1970:79). Es así que se problematiza si realmente las políticas sociales apuntan (tal como se plantea desde lo discursivo) a una ampliación del “campo de los posibles”, en tanto expanden las opciones de sus beneficiarios, o por el contrario actúan como una limitante, que en ocasiones restringe el ejercicio de la ciudadanía, transformándose en líneas que obedecen a una política de control estatal.

individuales y de las poblaciones. Dicho interés, impulsó a la construcción por parte del autor de una "...micro política de regulación del cuerpo y una macro política de vigilancia de las poblaciones" (Martínez Barreiro, 2004: 132).

Cabe destacar, las distintas configuraciones que los estados han presentado en los distintos periodos históricos, en lo que refiere al ejercicio de poder y la relación entre estado-individuos, que reflejan los planteamientos del autor.

En la sociedad feudal, el modo de ejercitarse el poder se podía concebir en términos de relación soberano-súbdito. En los siglos XVII-XVIII se presenta una nueva mecánica de poder, la cual se apoya sobre los cuerpos y sobre lo que dichos cuerpos realizan sobre la tierra y sus productos. Se alude a un poder no soberano, fundamental en la constitución del capitalismo industrial y del tipo de sociedad que le es correlativa, se trata del poder disciplinario (Foucault, 1979: 158).

Las disciplinas se destinaban a la construcción de "sujetos dóciles y útiles" (Foucault), y en el siglo XVIII hasta principios del siglo XIX se creía que la inversión en el cuerpo por parte del poder tenía que ser fuerte, laboriosa, meticulosa y constante, de ahí los regímenes disciplinarios que se encuentran en las escuelas, los hospitales y los cuarteles. El objetivo de estas disciplinas se centraba en incrementar la utilidad del cuerpo y aumentar su fuerza (Foucault, 1979).

Desde mediados del siglo XIX hasta el XX, el autor plantea que las sociedades industriales se pueden sostener con un poder sobre el cuerpo más "relajado". Foucault plantea que los controles que se realizan sobre el cuerpo pueden adoptar otras formas. "...se fundamenta sobre todo en una legitimidad de carácter técnico-científico o legitimidad en relación con el poder médico y la medicalización" (Foucault, 1979: 133).

El cuerpo dócil y obediente al que se alude por parte del autor, es el resultado de la aplicación de una determinada tecnología del poder, Foucault las denomina "disciplinas". "La disciplina no puede identificarse con una institución ni con un aparato. Es un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, implicando todo un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de metas; es una física o una anatomía del poder, una tecnología" (Foucault, 1989:218).

"La generalización y extensión de los mecanismos disciplinarios atraviesan todo el *corpus* social, de forma de establecer un ámbito que posibilita un nuevo campo de ejercicio del poder, que Foucault define como "biopolítica" en contraposición con la "anátomo-política". (Foucault en Nievas, 1994: 44). Tales mecanismos disciplinarios se conciben bajo lo que Foucault (1986) denominó como "biopoder". Por "anatomía política" Foucault define al poder individualizante, "una política que hace blanco en los individuos hasta anatomizarlos" (Foucault en Nievas, 1994: 44). Surge en el siglo XVII, se centró en el cuerpo como máquina: su educación, el aumento de sus

aptitudes, el arrancamiento de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos.

Por biopolítica se entiende a la técnica de poder que tiene como sujeto de aplicación no el individuo, sino la población. "En esta nueva tecnología del poder, en cambio, no se trabaja exactamente con la sociedad (el cuerpo social definido por los juristas) ni con el individuo-cuerpo. Lo que aparece es un nuevo cuerpo, un cuerpo múltiple, con una cantidad innumerable, si no infinita, de cabezas. Se trata de la noción de población. La biopolítica trabaja con la población. Más precisamente, con la población como problema biológico y como problema de poder. Creo que la población así entendida aparece en ese momento." (Foucault en Nievas, 1994: 44).

Se formó a mediados del siglo XVIII, se centró en el cuerpo-especie: los nacimientos, la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida, la longevidad, etc., dichos problemas los toma a su cargo las distintas intervenciones y controles reguladores que se designaron bajo la denominación de biopolítica de la población.

"Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida. (...) Se inicia así la era de un biopoder (...) Este biopoder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos" (Foucault, 1978: 167).

GÉNERO

Históricamente, el proceso medicalizador se preocupó por establecer diferencias entre mujeres y hombres, lo que conllevó a que se conformaran distintas construcciones y representaciones en torno a lo femenino y a lo masculino. Por lo que se considera a la categoría conceptual género, como una categoría que transversaliza a la temática en estudio.

La construcción de lo femenino y de lo masculino

Para comenzar el desarrollo de la presente categoría de análisis es necesario distinguir entre el concepto de sexo y el concepto de género. El primero de ellos refiere a las características biológicas y físicas que traemos al nacer y nos diferencian entre hombres y mujeres. Nacer hombre o mujer es el punto de partida de una construcción social y cultural.

El género es una categoría de análisis que surge en los años 70, tal vez a consecuencia de los principios de la revolución francesa que permitían creer que “libertad, igualdad y fraternidad” eran para todos es que en el siglo XVIII, aparecen mujeres que los retoman y los reivindican como sujetos colectivos; mujeres como la inglesa Mary Woolstoncraft y la francesa Olympe de Gouges. (Documento final MIP I, 2009)

Muchos son los autores, que coinciden en señalar el surgimiento de los estudios de género en el contexto más general que significó la llamada segunda ola del feminismo, en un proceso complejo que evolucionó de los estudios de la mujer a principios de la década de 1970 del siglo XX, hacia los estudios de género en la década de los 80 de ese mismo siglo.

Hablamos de género cuando nos referimos a un conjunto de características sociales y culturales de lo femenino y lo masculino que no son innatas al nacer sino que se van adquiriendo a lo largo de la vida.

Retomando una de las definiciones planteadas por Scott (1996), se puede aludir a la categoría género considerando la conexión entre dos proposiciones, en tanto “...el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996:23). Si bien para el autor el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder, no es el único campo de poder, aunque sí parece haber sido una forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occidentales.

Se debe considerar que el concepto de género emergió para designar todo aquello que es construido por las sociedades para estructurar y ordenar las relaciones sociales entre mujeres y hombres, al basarse estas relaciones en la diferencia sexual, se estructuran relaciones de poder, por tanto se considera que el género es una construcción social pero también histórica y cultural ya que dependiendo del contexto en que se analice se pueden encontrar variaciones en los elementos que lo determinan, estos elementos forman parte del sistema de género. Tal como Anderson

(2006) menciona, este sistema es “un conjunto de elementos que incluye formas y patrones de relaciones sociales, prácticas asociadas a la vida cotidiana, símbolos, costumbres, vestimenta, creencias y argumentaciones, sentidos comunes, y otros variados elementos, que permanecen juntos gracias a una fuerza gravitacional débil y que hacen referencia, directa o indirectamente, a una forma culturalmente específica de registrar y entender las semejanzas y diferencias entre géneros reconocidos, es decir en la mayoría de las culturas humanas, entre varones y mujeres” (Anderson en Batthyány, 2006: 58).

Por su parte hay autores que critican el uso del concepto de “género” y cuestionan dicho uso solamente relacionado a mujeres, “...las feministas, de una forma más literal y seria, han comenzado a emplear el "género" como forma de referirse a la organización social de las relaciones entre sexos (...) La palabra denotaba rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como "sexo" o "diferencia sexual". "Género" resalta también los aspectos relacionales de las definiciones normativas de la feminidad.” (Scott, 1996:2) “En su acepción reciente más simple, "género" es sinónimo de "mujeres”. (Scott, 1996:6).

En el siglo XX las mujeres hacen suyos los ideales de los derechos individuales y luchan por ellos, generando además de un cambio económico (como se había dado en los siglos anteriores) un cambio en la conciencia personal de las mujeres.

El principio de igualdad es uno de los ejes centrales sobre los cuales se articula la teoría general del Derecho y de los Derechos Humanos, declarando en igualdad de condiciones a hombres y mujeres. De lo contrario, la realidad muestra que tienen una visión androcéntrica, donde la visión del mundo y de las relaciones sociales está centrada en el punto de vista masculino.

Este androcentrismo permea todas las instituciones del orden social y sustenta la base de los Derechos Humanos. Surgen así, movimientos feministas que luchan por la igualdad social entre hombres y mujeres. Se debe considerar el estudio de género como “...una forma de comprender a las mujeres no como un aspecto aislado de la sociedad sino como una parte integral de ella” (Lamas, 2000:6)

Tal como se mencionó en un comienzo, género es un término que corresponde a una construcción social, como es construida también puede ser modificada, está en el conjunto de la sociedad, en el conjunto de hombres y mujeres la responsabilidad de seguir modificando y reprimiendo las conductas discriminatorias y de subsidiariedad de las mujeres frente a los hombres. Será necesario que se logren ámbitos de reflexión y crítica a los modelos imperantes para poder cambiar y dejar de reproducir modelos instalados y así lograr una igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres.

Cuerpo físico- cuerpo social

La construcción social en torno a la que se construye la categoría de género conduce a cuestionar y pensar las distintas formas que adoptan las concepciones respecto al cuerpo, tanto femenino como masculino, y a su vez cómo ésta mirada estuvo condicionada e interpretada al margen de si lo que se ponía en cuestión era la mujer o el hombre. Las distintas concepciones respecto al cuerpo se deben considerar junto al contexto socio-político e histórico más amplio en el que se producen, en tanto en cada sociedad se procuró crear un conjunto de significados que fueran subsidiarios a una ideología dominante, la cual se quería hacer primar⁷.

Desde el aporte antropológico se considera al cuerpo y a la percepción del mismo como resultante de una construcción cultural, retomando los aportes de Rostagnol (2001) se destaca que el control del cuerpo es una expresión del control social, en tanto "...el cuerpo físico está ya socialmente construido ya que sus limitaciones fisiológicas nunca podrán dar lugar a la variedad de estructuras simbólicas basadas en él (...) de modo que el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico" (Douglas en Rostagnol, 2001: 83). Por tanto, concluye la autora, el cuerpo físico está tamizado por las categorías culturales que pautan la percepción que de él se tiene y marcan la idea que del cuerpo ha elaborado la cultura.

Cuerpo médico-cuerpo social: la construcción de lo femenino y de lo masculino desde el saber médico.

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX surge el Higienismo como una nueva forma de estrategia de intervención en lo social. Dicha corriente se vincula a la corriente de pensamiento del positivismo como sistema de ideas, en tanto se basa en la importancia de acudir a la ciencia como fuente de explicación de lo social. El Higienismo se basa fundamentalmente en la medicina social.

Desde dicha intervención se apunta a sectores claramente identificados, entre ellos se destaca: la educación, en tanto se procura lograr la perfectibilidad; la salud, se pretende una articulación de lo biológico y lo político desde el discurso médico, en donde se construyen sujetos peligrosos y se crean tipologías para agruparlos. Por ello se alude a un ejercicio del control social de los sectores dominantes sobre los grupos disfuncionales (Cazzaniga, 2006).

⁷ Se deben considerar los aportes de Laqueur (1994) en la temática, quien plantea dos construcciones históricas y culturales que caracterizaron al devenir histórico de la temática de género: el **modelo del sexo único** que caracterizó al **siglo XVII**, quien plantea que la ausencia de una nomenclatura anatómica precisa para los genitales tiene como equivalente lingüístico el referirse al cuerpo femenino como una versión del cuerpo masculino (Laqueur, 1994:170). Y hacia fines del **siglo XVIII**, se abandona la concepción del modelo de sexo único y se la sustituye por el **modelo de los dos sexos**. Si bien el primer modelo refiere a la idea de la mujer como versión imperfecta del varón, en el **siglo XIX** "...se busca encontrar las diferencias entre varones y mujeres en el terreno biológico expresándose en el **dimorfismo radical**. En tanto las diferencias de género se basaban en la biología, ésta justificaba las relaciones de género en todas sus manifestaciones". (Rostagnol, 2001:85). Por tanto, se da lugar al desarrollo de la perspectiva de los dos sexos, aunque dicho cambio significó que se continuara ubicando el orden jerárquico en el cuerpo, en esta oportunidad "...el útero naturalmente dispone a las mujeres a la domesticidad" (Rostagnol, 2001: 85). Ya no se refiere a una oposición de órganos sexuales internos y externos, sino a dos pares opuestos diferentes, siendo estos el ámbito público y el ámbito privado.

Cabe destacar que dicho modelo higienista tuvo repercusiones en los procesos de medicalización acaecidos en la sociedad uruguaya desarrollados durante el período neobatllista, en el Uruguay del Novecientos. “El proceso de consolidación del denominado ‘higienismo’ en la sociedad uruguaya del Novecientos se asienta sobre cambios institucionales que responden a las nuevas formas de concebir y de actuar frente a la realidad social” (Barrán en Ortega, 2003:40).

Se retoman los aportes de Barrán (1993), quien añade que “...en una sociedad tempranamente secularizada como la uruguaya, el sacerdote fue substituido por el médico en el gobierno de las conciencias individuales. La colocación de la Salud como un bien a ser alcanzado significó ‘dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo’. Fue así que la vida larga se tornó un objetivo de la existencia individual y la Salud Pública una política del Estado” (Barrán en Acosta, s/d: 2). La muerte de Dios se concibe como una de las características de la modernidad, e incluso se puede llegar a considerar como aquella que inaugura a dicha época.

En Uruguay, la importancia que se le otorga al cuerpo, como pensamiento que sustenta a la modernidad, y el Higienismo, como una nueva estrategia de intervención social, conlleva a que se establezcan un conjunto de normativas de comportamiento de la sociedad, disciplinamiento y cuidados del cuerpo.

Cabe resaltar los aportes de Foucault, quien plantea que durante varios siglos se intentó atar a la mujer a su propia sexualidad: “No sois más que sexo (...) ese sexo (...) es frágil, casi siempre enfermo y en todo momento inductor de enfermedad. ‘Sois la enfermedad del hombre’” (Foucault, 1994: 153). En torno a dichas concepciones se produce lo que el autor denomina “patologización de la mujer”: en tanto el cuerpo de la misma se convierte en asunto médico por excelencia.

El saber médico estuvo signado fuertemente por el patriarcalismo, lo que conllevó a que la construcción de imaginarios tanto femeninos como masculinos estuvieran influidos por los modelos dominantes en la época. Cabe subrayar la influencia de las obras de Barrán (1995) en el desarrollo de cómo este poder médico concibió a la sociedad y qué ideología y pensamientos se esforzó por instaurar en la misma.

Se aludió a lo femenino y a lo masculino de formas antagónicas, en tanto se procurara afirmar las imágenes que ya estaban presentes en la sociedad de la época. Por un lado “La insistencia del saber médico en la “natural” servidumbre del cuerpo femenino a la maternidad (...) dio fundamentos científicos al rol femenino tradicional y sirvió de base para la re-construcción, desde el saber médico, de las tres imágenes de la mujer ya presentes en la cultura del Novecientos: la madre, la araña devoradora y la esposa candorosa” (Barrán, 1995: 82). Por otro lado, “...la preocupación obsesiva del saber médico por los problemas de la potencia del hombre, todo ello dio, de su lado, fundamentos también científicos al rol masculino tradicional y sirvió de base para la re-construcción, desde el saber médico, de las imágenes del hombre ya presentes en la cultura del Novecientos: el padre, el jefe, el dominador” (Barrán, 1995: 83).

Cabe destacar, que el conjunto de imágenes que el saber médico impone, sustentado en los fundamentos de una sociedad patriarcalista en la que se enmarca, se enfrenta al nacimiento del feminismo militante y al creciente papel de la mujer en el mercado de trabajo, donde "...el hogar y la esfera de lo íntimo para la mujer, el trabajo y la esfera de lo público para el hombre, tendían a representar ya categorías del pasado. Reconstruirlas bajo otras formas fue una obsesión patriarcalista que, a su modo, realizó el saber médico" (Barrán, 1995:82). Por ello se procuró que los roles en la producción no desdibujasen las dos maneras de ser, claras, antagónicas, de ambas sexualidades. Los hombres, se debían ocupar en puestos que requirieran inteligencia y esfuerzo físico, y las mujeres, por su parte, se debían hacer cargo de los puestos de trabajo que exigieran dedicación, manualidad y paciencia, en tanto ambos se ocuparían en aquello para lo que biológicamente estaban preparados (Barrán, 1995:83).

Esta posición patriarcalista del saber médico era consecuencia no solo de la mentalidad dominante de la época (siglo XIX) sino también de que la clase médica estaba integrada mayoritariamente (99 por ciento) por hombres que no podían evitar la misoginia de su género (Barrán, 1995:87). Como resultante, el saber médico no sólo "ordenó" socialmente aquellas funciones que se correspondían a las mujeres y a los hombres, también conformó un conjunto de significados e interpretaciones de cómo concebir a la mujer, a su cuerpo y sexualidad.

"...tan extraños resultaban a estos hombres su biología y su psicología". (Barrán, 1995:87) que se llevó a concebir a la mujer como un ser enfermo, sus estadios naturales eran identificados como enfermedades, entre ellas se destacaba la menstruación, el embarazo, el parto y puerperio, la menopausia. "Por ello, 'actualmente la mujer es siempre una enferma'" (Barrán, 1995:88). La imagen femenina que se había creado convenía al patriarcalismo ya establecido en la sociedad.

El saber médico, en su empeño de construir la imagen de lo femenino, se refirió al cuerpo de la mujer como un cuerpo vigoroso, ágil y hermoso. En 1983, desde el discurso médico, se aludía a que "...el cuerpo de la mujer debía ser modelado por la gimnasia y el deporte siguiendo los cánones de la feminidad, es decir, no perseguir 'otra cosa que la delicadeza y la suavidad de los contornos de las líneas'" (Barrán, 1995:117). Se concebía a la mujer como "esencialmente buena, dócil y simpática y menos inteligente que el hombre, un ser llamado a ser 'hecho' por éste" (Barrán, 1995: 92), se atribuía a características propias de la naturaleza de cada sexo lo que conllevaba a que a la mujer siempre se la colocara bajo la "protección" del hombre.

El diferente tratamiento que se dio a los sexos se representa en el tipo diferencial de intervenciones que a cada uno se le desarrolló, mientras que a las mujeres se les practicaba la clitoridectomía por ser "...grandes o muy sensibles", a los hombres se les efectuaba "...agrandamiento del tamaño del pene". Se pretendía de esta manera, "...debilitar la potencia sexual femenina y aumentar la potencia sexual masculina" (Barrán, 1995:120)

Retomando lo que se plantea desde el autor, se debe pensar en cómo las relaciones entre medicina y sociedad, actúan, más que en "...nombre de la salud y de un cuerpo intemporal y preexistente a la cultura, en nombre de los valores de cada época" (Barrán, 1995:94).

Se considera relevante destacar cómo la potencia sexual que se atribuye tanto a hombres y mujeres, específicamente la desvalorización y sumisión de la que es víctima la mujer, encierra una cuestión política que responde a una clase y a una ideología dominante. La medicina como saber, no se concebía solamente como una técnica de intervención para situaciones de enfermedad, sino bajo la forma de un corpus de saber, de reglas sobre cómo vivir, sobre cómo se debía concebir la relación con su propio ser, con su cuerpo, la alimentación, las distintas actividades. Es por ello que se puede aludir a que "...la medicina debía proponer, bajo la forma del régimen, una estructura voluntaria y racional de conducta" (Foucault, 1984:95).

Por tanto, al pensar en las políticas públicas de salud y específicamente el programa que en la presente investigación se estudia, se debe problematizar la idea de que: "...la descripción del cuerpo nunca es inocente, siempre tiene una función política" (Barrán, 1995:91).

CIUDADANÍA

Por último, se desarrolla la categoría conceptual de ciudadanía, ya que se la entiende como una categoría que transversaliza a la temática en cuestión, y que actualmente está incluida en los diferentes planes estatales.

Concepción teórica de Marshall

Aludir al término de **ciudadanía** nos conduce a hacer referencia a uno de los pioneros en la temática, como lo es Marshall, quien define a la ciudadanía como "...aquel status que se concede a los miembros de pleno derecho de una comunidad. Sus beneficiarios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica" (Marshall, 1991: 37).

Marshall presenta el proceso de construcción de ciudadanía como un proceso en continua evolución, progresivo, de acumulación de derechos, que si bien se origina con el capitalismo naciente, garantizando derechos muy necesarios a éste, sigue su camino inexorablemente. Se trata de una evolución histórica en la cual se fueron acumulando derechos: civiles, políticos y sociales.

La ciudadanía civil (Derechos Civiles, Siglo XVIII) se entiende como la que otorga al individuo un conjunto de derechos asociados a la libertad: libertad de palabra, de circulación, de pensamiento, de religión, de propiedad, de contrato, de justicia independiente, de igualdad ante la ley.

Por su parte, la ciudadanía política (Derechos Políticos, Siglo XIX) reconoce el derecho de sufragio, a la participación política en calidad de elector o de dirigente. La ciudadanía social (Derechos Sociales, Siglo XX) es aquella que atribuye a los sujetos el derecho a un nivel adecuado de educación, de salud, de habitación y de seguridad social, acorde a los estándares existentes en la comunidad política de que se trate.

De concesión a conquista

Si se considera el recorrido que se ha hecho respecto a la temática, se presentan diferentes autores que retomando la idea central de Marshall han profundizado en el concepto de ciudadanía propuesto por dicho autor.

Por su parte, Coutinho (2000) profundiza la historicidad del concepto de ciudadanía, manifestando que la misma es una conquista (que implica una lucha permanente) de la burguesía en ascenso en un primer momento, y luego de la clase trabajadora.

"Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (...). A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente." Por lo tanto aludir a la ciudadanía implica hacer referencia a una práctica vinculada al poder, que refleja

las luchas a cerca de quiénes podrán decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas comunes y cómo serán abordados. Se debe pensar a la ciudadanía en un proceso permanente de construcción y cambio (Gunsteren en Jelin, 1996).

En las distintas concepciones se reflejan los diferentes componentes que cada autor otorga al concepto de ciudadanía, mientras que Marshall utiliza la expresión “que se concede”, Coutinho habla de “capacidad conquistada”.

Es por ello, que no se puede aludir a la ciudadanía sin entenderla en su doble sentido, considerando los aportes de Aquín (2003) en la temática, se debe incluir la esfera estatal y la esfera societal como complementarias en la constitución de ciudadanía, reconociendo que la ciudadanía de la sociedad civil “...se fortalece en la defensa de intereses, en el desarrollo de organizaciones y en la profundización de identidades colectivas. Pero al mismo tiempo afirmando (...) el papel indelegable de la política en la construcción de los cambios” (Aquín, 2003:24).

Aportes de la corriente feminista

Se considera relevante destacar otra línea de análisis de la categoría ciudadanía, considerando principalmente los aportes planteados desde la corriente feminista.

Autoras como Elizabeth Jelin (1996) plantea que el sujeto de la lucha no es solamente las clases sociales, también se incluyen otros actores colectivos, grupos y/o movimientos sociales que demandan diversos tipos de reivindicaciones y que tienen un rol fundamental en el desarrollo y expansión de la ciudadanía. Por tanto, reconocen la lucha de distintos movimientos entre los que se destacan los feministas, ecologistas, de derechos humanos, entre otros. “Los movimientos sociales solidarios, anclados en un sentido de responsabilidad hacia los otros, juegan un papel central en desafiar las normas existentes y en abrir nuevos espacios institucionales que promueven la ampliación y el fortalecimiento de la ciudadanía” (Jelin en Garcés, 2006:5).

En esta nueva perspectiva de análisis, por un lado se amplía la mirada planteada por Coutinho, en tanto no se limita solamente a la relación entre las clases sociales sino que también incorpora a nuevos actores colectivos como lo son los movimientos sociales, y por otro lado se presentan diferencias con los planteamientos manifestados por Marshall, el cual realiza la descripción del desarrollo histórico de los derechos ciudadanos alrededor de lo público y de la intervención del Estado. Por tanto, desde esta perspectiva la ciudadanía se presenta como una construcción que responde a luchas y compromisos indisociables de historias, tradiciones y contextos específicos. “...la ciudadanía es (...) una construcción social que se funda, por un lado, en un conjunto de condiciones materiales e institucionales y, por el otro, en una cierta imagen del bien común y de la forma de alcanzarlo. Lo que equivale a decir que es siempre el objeto de una lucha...” (Nun en Garcés, 2006: 6).

Carole Pateman aporta una crítica feminista diferente de la ciudadanía liberal, ya que el acento está puesto en la relación varón-mujer. La ciudadanía es según Pateman una categoría patriarcal: quién es "ciudadano", qué es lo que hace un ciudadano y cuál es el terreno dentro del cual actúa son hechos contruidos a partir de la imagen del varón. (Pateman en Woodward, 1998).

Un punto de partida es considerar que "los hombres reciben la consideración de representantes generales de la humanidad, como si ésta fuera una subjetividad universal desprovista de género" (Woodward, A., 1998:47). El estado, en consecuencia, se dirige a estos seres humanos "*universales*" y por lo general promulga medidas con "*género mutuo*". En tanto se las considera a las mujeres como las "*otras*" y se las construye en relación a dicho ser universal general.

"El espacio público creado fue, en este sentido, el espacio de los "iguales", de los que se reconocen como tales por su "naturaleza" o "capacidades" –autonomía personal- como ciudadanos u "hombres públicos", en tanto que las mujeres son la alteridad, "lo diferente", "lo otro", supuestamente opuesto pero complementario y subordinado; y no podía haber igualdad entre quienes no son "iguales" –bien por voluntad divina, bien por voluntad de la naturaleza o de la razón-. De esta manera, el género marca un punto de partida y traza una línea divisoria insalvable entre quienes pueden participar de la igualdad y ser incluidos o no en la ciudadanía" (Aguado, A., 2005:14).

Carole Pateman plantea que "la dificultad para la mujer es que la ciudadanía como estatus político de igualdad se considera como antítesis a la diferencia sexual. La "igualdad" requiere una medida estándar, y el estándar actual es la construcción masculina de lo que significa ser un "individuo" y un "ciudadano"...la cuestión reside en cómo han de hacer las mujeres para ser ciudadanas "como mujeres" (Pateman en De Villota, 1998:59). La autora plantea, que si bien las mujeres ya somos ciudadanas, la ciudadanía formal ha sido ganada dentro de una estructura de poder patriarcal donde las tareas y las cualidades de las mujeres todavía están devaluadas.

Uno de los grandes aportes planteados desde la corriente feminista se centra en torno a la profunda crítica y el desenmascaramiento de los supuestos del paradigma dominante, el cual toma a los hombres como punto de referencia universal y transforma a las mujeres (al igual que otros actores colectivos) en diferentes e invisibles. Esta afirmación se ha movido en un espacio contradictorio, por un lado, el reclamo por parte de la mujer a un tratamiento diferenciado y a la valorización de las especificidades de la misma. Por otro lado, se presenta una segunda tensión inevitable, entre el principio de la igualdad de hombres y mujeres y el derecho a la diferencia.

Desde diversos autores se han presentado distintas apreciaciones respecto a las tensiones entre la temática de la igualdad y de la diferencia, por lo que cabe destacar algunas caracterizaciones que al respecto han realizado.

Retomando los aportes de Kymlicka y Norman (1996), se plantea que la ciudadanía no es solo un status legal definido por un conjunto de derechos y responsabilidades sino que a su vez es "...la expresión de la pertenencia a una comunidad política (...) las mujeres, entre otros grupos, aún se sienten excluidas de la "cultura compartida" y alegan exclusión no sólo a causa de su identidad socioeconómica sino también a causa de su identidad sociocultural: su "diferencia" (Kymlicka y Norman en Gioscia, 2001:209).

Se alude a que la diferencia no refiere específicamente a atributos biológicos sino a los modos en que la cultura estigmatiza a los cuerpos, y recrea constantemente las condiciones específicas en las que estos viven y se desarrollan. "La "diferencia" refiere a los mecanismos a través de los cuales los cuerpos se reconocen como diferentes en tanto se construyen como poseedores o carentes de una cualidad o cualidades privilegiadas que luego se toman como diferencias ontológicas fundamentales" (Gatens en Gioscia, 2001:210). Cabe resaltar los aportes de Minow (1990) el cual vincula la temática de las mujeres, su ciudadanía y su reconocimiento, con la cuestión de la diferencia, en tanto alude a que el derecho no logra resolver el significado de la igualdad para aquellos a quienes la sociedad define como diferentes (Minow en Jelin, 1996).

El énfasis en la "igualdad" refuerza la concepción sustentada en el derecho universal natural, en tanto se reafirma que todos los seres humanos son iguales por naturaleza. Si se lo considera desde un ámbito político es efectivo, en tanto permite combatir formas de discriminación, afirmar la individualidad y colocar límites al poder. Si se considera la otra cara del asunto, la realidad social se impone, en tanto los individuos no son todos iguales, por lo que el ocultar o negar las diferencias puede conllevar a que se perpetúe el sobreentendido de que hay dos clases de personas esencialmente distintas, los "normales" y los "diferentes", considerando que este último término se define como inferior. Por ello pensar en: "...mantener la ilusión de la igualdad y plantearla en términos de derechos universales tiene sus riesgos: puede llevar a una formalización excesiva de los derechos, aislándolos de las estructuras sociales en que existen y cobran sentido; el pasaje desde lo universal hacia lo social, histórico y contingente se torna difícil" (Jelin, 1996:194).

Por su parte las feministas agregan distintos aspectos al debate respecto a la ciudadanía de las mujeres, plantean que la crítica de la universalización de la visión "masculina" corre el riesgo de caer en simplificaciones, en tanto la afirmación de la diferencia a menudo es especular: "...implícita o explícitamente se plantea una visión "femenina" con pretensiones de universalidad, bien sea con una valoración en un plano de igualdad, o a veces incluso planteada como superior a la masculina. El peligro está en responder a la supremacía machista con una supremacía femenina-feminista, que queda presa de una modalidad de pensamiento (¿masculino?) que no puede conceptualizar la diferencia sin jerarquizarla" (Minow en Jelin, 1996:1995)

Young por su parte alude a que no alcanza con poseer igualdad de derechos ni tampoco alcanza con una mejor redistribución, por lo que propone una ciudadanía más activa y diferenciada, una "justicia cultural". Distingue dos tipos de exclusiones: por un lado, la de aquellos que de hecho

no pueden ejercer sus derechos, y por otro lado otra exclusión un poco más difícil de definir (como el caso de las mujeres), que inclusive puede agravarse al dar por sentada su "igualdad de derechos". (Young en Gioscia, 2001)

Por otro parte, Pateman alude a que exigir igualdad es aceptar la concepción patriarcal de ciudadanía, la cual implica que las mujeres deben parecerse a los hombres, mientras que insistir en que a los atributos, las capacidades y actividades distintivos de las mujeres se les dé expresión y sean valoradas como forjadores de ciudadanía es pedir lo imposible, puesto que tal diferencia es precisamente lo que la ciudadanía patriarcal excluye (Pateman en Paloma de Villota, 1998). Pateman cree que la solución de este dilema es la elaboración de una concepción "sexualmente diferenciada" de la ciudadanía, que reconocería a las mujeres como mujeres, con sus cuerpos y todo lo que ellos simbolizan.

Lo hasta aquí planteado, nos conduce a pensar la temática de las mujeres como una temática que en su proceso histórico adquiere un carácter multifacético. Desde los aportes de Engels y sus póstumos, se sabe que el cuerpo de la mujer al tener la capacidad de gestar la vida, cobra un valor social muy importante. La necesidad del control del cuerpo de la mujer proviene de la simultaneidad de la propiedad privada y la transmisión hereditaria de la propiedad. En tanto "Cuerpo que da placer sexual, cuerpo que da hijos" (Jelin, 1996:204).

"Las mujeres ante los derechos humanos: este es el desafío mayor. Una participación activa en la redefinición permanente del concepto mismo de derechos humanos, que permitan completar la tarea de superar el encuadre masculino occidental que le dio origen, sin por ello abandonar los ideales de la libertad y equidad que lo inspiraron" (Jelin, 1996:211).

Al pensar en las políticas públicas, se hace pertinente problematizar dentro de la concepción de ciudadanía, el concepto de **participación**.

Siguiendo a Coraggio (1989), se entiende participación como el "tomar parte", tomar parte de algo o en algo. Este algo puede ser el consumo, la producción, el intercambio de opiniones, las decisiones, la gestión, etc. Por esto, decimos que el principal problema en América Latina es de calidad, teniendo en cuenta que en general se da una participación pasiva y subordinada en los procesos de toma de decisiones y en la gestión.

Coraggio ve en primer lugar al mercado y en segundo lugar al sistema político, como los principales sistemas de participación a nivel nacional. El autor entiende que estos son percibidos por los sectores populares en su vida cotidiana, como "naturales" y por lo tanto fuera de su control.

Coraggio (1989) distingue tres niveles de participación en la vida social. El primer nivel está relacionado con lo inmediato, con la reproducción de los aspectos primarios y elementales de la vida. Dentro de este nivel está el procurar y poseer cosas, o sea, es donde se generan situaciones de desesperación por sobrevivir. El segundo nivel, se refiere a las organizaciones de tipo

corporativo, como ser los sindicatos, los movimientos por la vivienda, las organizaciones barriales, etc. El autor ve a este nivel básicamente como una extensión del primero, ya que, si bien existe organización, las identidades de estas organizaciones, están definidas principalmente en torno al consumo. Dentro del tercer nivel, ubica el nivel de la sociedad, el mundo de la política, el mundo donde se construyen identidades colectivas importantes. Es en este nivel donde se da la reproducción y el eventual cambio. Se lograría superar la particularidad, buscando objetivos que trasciendan.

El autor plantea que la participación en el mercado se da de forma desigual como consecuencia de la desigual disposición de los medios de producción. Esta disposición es naturalizada y conlleva a que se vean estas estructuras como algo fuera de su alcance, natural y hasta neutral. Algo parecido sucede con la participación en torno a la ciudadanía, ya que la propaganda y la poca transparencia de las instituciones políticas son también percibidas como naturales. La diferencia radica en que las personas si podrían “apartarse” de la participación política ya que esta no es vista como necesaria para la reproducción material de la vida.

Capítulo III: MARCO CONTEXTUAL

¿Cómo transcurrió la temática de salud en Uruguay?

La institucionalización de la Salud...hasta la actualidad.

Tal como se consideró en el capítulo anterior, el proceso de medicalización que transversalizó los distintos planos de la vida social y la vida cotidiana⁸ de las familias, conlleva a que la salud se convierta en un problema de interés público, en tanto se considera la importancia de la higiene pública, la revalorización del cuerpo (como fuerza de trabajo) y la moralización, que lleva al control social de la conducta desviada. Se debe aludir a que una de las finalidades del Estado es el cuidado del cuerpo, y cómo este "cuidado" responde a su vez a objetivos que no son ingenuos (en cuanto a que son objetivos perversos, ya que son objetivos que por un lado apuntan a las necesidades de la población pero por otro lado, y principalmente responden a intereses del Estado).

En nuestro país, junto con el proceso de medicalización se crearon las primeras instituciones que centraron lo que en dicha época (y actualmente) se comenzó a denominar como "salud pública". En 1931 se crea el Consejo de Salud Pública, el que dependía del Poder Ejecutivo, con el fin de coordinar la acción del Consejo de Asistencia Pública Nacional, el Consejo Nacional de Higiene, el Cuerpo Médico Escolar y el Instituto Profiláctico de la Sífilis. En dicho momento, se promulgó la Ley 9.202 de creación del Ministerio o "Ley Orgánica de Salud Pública" se presentaban dos organismos a cargo de los problemas de la atención médica: en lo preventivo, el Consejo Nacional de Higiene que provenía de la antigua Junta Nacional de Higiene, y en el área asistencial, el Consejo de la Asistencia Pública Nacional. Mediante la fusión de esos dos grandes organismos se organizó el Consejo de Salud Pública, dirigido a la integración de todos los organismos con injerencia en problemas de atención médica en una institución nacional central. Fue el antecedente directo del MSP creado en 1934 (Ortega, 2003:60).

Filgueira (1995) destaca que en la segunda década del siglo, se observan una serie de medidas que crearon un Estado asistencial, providente y anticipador de demandas. Si bien en un comienzo, las políticas sociales tuvieron un carácter más particularista y clientelista, se apoyaron en una retórica universalista desde el punto de vista de su formulación a nivel genérico. Dicho Estado Interventor se estructuró sobre diversos pilares en el diseño de políticas sociales, cabe

⁸ "...el ámbito cotidiano es el ámbito de la pseudoconcreción; donde aparecen sólo las capas externas de los procesos esenciales; donde se produce la praxis fetichizada y de los objetos inmutables, esto es, de presentar la realidad social como natural".(Kosik En Gianna, 2010). Kosik, K. (1967): "Dialéctica de lo concreto". Ed. Grijalbo, México. Por su parte, Lukács expresa que "...la vida cotidiana constituye la mediación objetivo-ontológica entre la simple reproducción espontánea de la existencia física y las formas más altas de genericidad" (Montaño, 2007:14). Montaño, C. (2007): "Trabajo Social e intervención: la politización de la acción profesional". Conferencia presentada en el VII Coloquio Internacional de Estudiantes de Trabajo Social. Universidad del Altiplano. Puno, Perú.

destacar el que se refiere al cambio sustancial en la consideración del papel del Estado en la administración de las instalaciones de beneficencia existentes que atendían aspectos de la salud pública: la creación de la Asistencia Pública nacional en 1910. Se elabora una reflexión acerca de los significados representacionales que adquiere y desempeña el saber científico en la modernidad, cuya manifestación concreta en el caso uruguayo fue el Movimiento Higienista de principios del siglo XX (Filgueira en Ortega, 2003:37). En las primeras décadas del siglo XX se observa una proliferación de los recursos organizacionales de la asistencia social, lo que da cuenta del interés manifestado en el desarrollo de esta área de las políticas sociales en el Uruguay Batllista.

Si bien, en las primeras décadas se le otorgó relevancia al tema de la salud, las revisiones del sistema de salud luego de la reapertura democrática fueron nulas⁹. Cabe destacar los aportes que realiza Midaglia y Antía (2007) en la temática, se plantea que los diferentes gobiernos vieron frustradas sus intenciones de reformular el sector, como consecuencia de los sucesivos bloqueos políticos y corporativos planteados a las reformas propuestas. Se alude a una reestructuración del sector que fue calificada como *pasiva*. Si bien, en las últimas décadas se había advertido un incremento en el gasto de salud, dicho aumento no se tradujo en mejoras para el sector. Midaglia alude a que se traduce en una creciente inequidad y pérdida de la calidad global del sistema. (Midaglia y Antía, 2007).

Los mayores cambios en lo que se refiere a la salud, luego de la reapertura democrática, se desarrollan con la asunción al gobierno de la fuerza política de izquierda. Para dar cuenta de dichos cambios, se considera relevante establecer las características previas a dicha reforma, así como también las bases del paradigma en que se sustentaba.

El sistema de salud antes de la reforma

El contexto que enmarcó a la década de los noventa se caracterizó por el desarrollo de políticas neoliberales. Dicho paradigma neoliberal se caracterizó en la regulación de la sociedad por parte del mercado, privatizaciones, tercerizaciones de servicios, lo que conllevó a que se deteriorara la participación del Estado en la rectoría y prestaciones sociales (lo que se denominó "achique del Estado").

"El sistema de salud fue víctima de esas circunstancias políticas con una disminución de recursos del sector público y el desarrollo de la seguridad social dirigida a servicios privados con una lógica de mercado en la captación de los beneficiarios y la irrupción de seguros dirigidos a la población de altos ingresos (...) se inicia una espiral inflacionaria, descenso del PBI, deterioro de la situación económica y social de la mayoría de la población que tiene su punto más alto en 2002, con una crisis del sistema financiero que hace tambalear toda la estructura productiva con secuelas

⁹ "...cabe señalar que la Ley 15.903 de 1987 creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como organismo desconcentrado del MSP. La consagración de esa entidad fue la principal innovación en la materia de los últimos cuatro gobiernos democráticos encabezados por los partidos tradicionales" (Midaglia y Antía, 2007:136).

de desempleo, disminución de los ingresos, marginación y exclusión de gran parte de la población". (Propuesta para el desarrollo de la estrategia nacional de promoción de la salud, 2010:21)

Por tanto, los servicios de la salud se fueron organizando en base a dos subsectores: uno público (el principal prestador es ASSE) y uno privado (las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas, son entidades privadas sin fines de lucro que brindan aseguramiento y prestaciones de servicios integrales de salud, funcionan con sistema de prepago, reguladas por el Estado).

Midaglia (2007) plantea que el carácter de las reformas que tienen lugar en la década de los noventa, son "moderadas", ya que se destaca un conjunto de causas por las que se adoptó dicha moderación, entre ellas: el legado histórico de los estados de bienestar, principalmente desde la época Batllista, y la oposición política, la que junto a su represión impidió generar reformas en distintos ámbitos. La resultante de dicha moderación conllevó a que el país en 2005 se caracterizara por tener un sistema de protección y seguridad híbrido¹⁰ (Midaglia y Antía, 2007).

Reforma del sistema de salud

En 2005 cuando asume el gobierno de izquierda, se presenta la necesidad de instaurar una ola de cambios, en tanto las condiciones en que se encontraban algunos sectores de la sociedad demandaban ciertas acciones que pudieran dar respuesta a su situación. Dicha fuerza política asume un cambio de orientación en la intervención, centrándose en un patrón estatista y aumentando la intervención en áreas como el trabajo, la salud y la pobreza.

El discurso político se basó en la gran preocupación por reajustar las políticas sociales con una orientación universal e integral, articulándola con acciones focalizadas para aquellas situaciones consideradas "urgentes", por su condición de vulnerabilidad y exclusión social. En dicho contexto se establecen tres líneas de conducción política: por un lado, las medidas **restauradoras**: la reinstalación de los consejos de salarios, por otro lado, las medidas **innovadoras**: planes a nivel social, reforma social del sector salud y la reforma tributaria, y por último se destaca en el marco de la **conducta política cautelosa** la revisión de prestaciones (educación pública y seguridad social), las que se sustituyó por la instalación de ámbitos de diálogos entre diversos actores involucrados en dichas políticas sectoriales. (Midaglia y Antía, 2007:143).

En este marco de reforma es que se instrumentaliza la *reforma de la salud*, su objetivo principal se fundamenta en asegurar el acceso universal a los servicios de salud, guiados por principios de equidad, calidad y descentralización.

"El objetivo de la Reforma es avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud único, orientado a racionalizar las prestaciones y los recursos en salud, estimulando la integración y la

¹⁰ La autora se refiere al término híbrido en tanto "...conviven servicios semi-privatizados, con otros en los que se acentuó la intervención estatal, a los que se anexan nuevas prestaciones de tipo focalizado que poseen un formato mixto de implementación, es decir, de coparticipación público-privado. A esta variedad de orientaciones y pautas de gestión se agrega una significativa dispersión de los servicios al interior del entramado institucional público". (Midaglia y Antía, 2007: 136)

complementación entre efectores públicos y privados, racionalizando y optimizando los recursos para mejorar la justicia social en el acceso a las prestaciones” (Propuesta para el desarrollo de la estrategia nacional de promoción de la salud, 2010:24).

El proceso de la reforma en salud conllevó a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ver Anexo N° 4), la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la asunción del rol de rectoría del MSP y las funciones de autoridad sanitaria que le asignan las leyes, y la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Mancebo y Narbono (2010) plantean que la reforma de la salud propuso un profundo cambio de la estructura del Estado y en su relación con el mercado y con la sociedad civil. Dichos autores identifican el cambio en dos dimensiones: por un lado en la provisión de servicios y por otro en la estructura de producción de bienestar. Esto a su vez implica la articulación armónica tanto de los prestadores de salud privados como de la red de prestadores públicos (Mancebo y Narbono, 2010).

“La reforma de salud es una reforma de magnitud en el Estado, que implica una reconfiguración de la estructura y de los roles que el Estado desempeña en su relación con la sociedad y el mercado” (Mancebo y Narbono, 2010:204).

La reforma de la salud implicó cambios en tres pilares fundamentales: en el **modelo de atención**: en tanto se postula a la salud como un bien social, como derecho humano esencial donde la responsabilidad le corresponde al Estado. Se refiere a un sistema integral, que implica acciones de promoción y prevención desarrollando actividades en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. (Propuesta para el desarrollo de la estrategia nacional de promoción de la salud, 2010:26); en el **modelo de gestión**: se pretendió fortalecer el rol de rectoría del MSP en el cumplimiento de sus funciones esenciales, y la articulación entre el sector público y privado, en tanto ambos se complementen brindando atención integral a toda la población (Propuesta para el desarrollo de la estrategia nacional de promoción de la salud, 2010:26), y por último el **cambio en el modelo de financiamiento**: “Se crea el FONASA, administrado por el BPS, se unifica el pago de “cuotas salud” a los prestadores integrales del SNIS, ajustadas en base riesgo (edad y sexo)”. Este cambio de financiamiento asegura una cobertura universal, equitativa y solidaria por medio de la creación de un Seguro Nacional de Salud, el que se encarga de financiar el SNIS. Se presentan los derechos a los que acceden los usuarios, en tanto se puede acceder a la información asistencial y económica financiera de las instituciones prestadoras de salud, para poder realizar una libre elección de las mismas (Propuesta para el desarrollo de la estrategia nacional de promoción de la salud; 2010:26).

En definitiva, la nueva orientación que se establece a partir de la reforma se caracteriza por promover un enfoque integral de la salud que incluya a las determinantes sociales, económicas, políticas y culturales, involucradas en el proceso de salud-enfermedad. “Se propone orientar sus acciones bajo los principios de universalidad, continuidad, calidad, oportunidad,

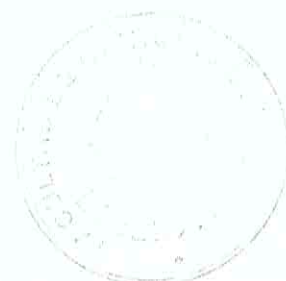
interdisciplinariedad y trabajo en equipo, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática y participación social entre otros". (Bentura, 2006). En dicha reforma se establece la participación de la comunidad organizada en el ámbito de la salud como proceso de construcción de la ciudadanía y como defensa de la salud en tanto derecho. A su vez, se plantea la existencia de asambleas representativas de los usuarios por la zona y departamento, en donde se realiza un diagnóstico participativo de los problemas de salud presentes en cada zona. (Presidencia de la república, 2005)

Si bien, a partir de la reforma de salud se pretende retomar, al menos desde la práctica y lo discursivo, la universalidad de dichas prestaciones, no implica desconocer que: "cualquier política social, por muy progresiva que sea, encontrará eventualmente sus límites si el patrón de acumulación es el capitalista donde se entraña la generación permanente de desigualdades" (Mancebo y Narbono, 2010:111).

"El SNIS se propone cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y en la rehabilitación, por un modelo que privilegie la atención integral y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud". Mediante dicha estrategia se pretende convertir al primer nivel de atención en el escenario donde las personas que hagan usufructo de los servicios de salud no sobrecarguen a los demás niveles. "El segundo y el tercer nivel de atención verían disminuidas sus demandas en la medida que el primer nivel y la atención primaria sean exitosas". Implica integrar a los equipos de salud profesionales con otros perfiles, tratando de disolver el modelo biomédico tradicional. (López Gómez et.al, 2006)

Es así que dicho enfoque se basó por un lado, en el fortalecimiento de los Programas de Atención, es decir aquellos en lo que se contempla las líneas que aseguren la continuidad a lo largo de la vida, entre los que se destacan el Programa de Salud de la Niñez, de los y las Adolescentes, de la Mujer, de Adultos y Adultos Mayores; y por otro lado a la integralidad con programas transversales, tales como el Programa de Salud Bucal, de Nutrición, de Atención a Consumos Problemáticos, de ITS y VIH SIDA, entre otros. (Recuperado: 2012, 10 de noviembre, En: http://www.msp.gub.uy/subcategorias_2_1.html)

Por tanto, se trató de considerar el conjunto de los programas en base a dos criterios: una perspectiva generacional, en tanto se consideren las necesidades de los distintos grupos poblacionales, y otra perspectiva en la que se contemplen las enfermedades prevalentes en esos grupos poblacionales.



PNSMG

En el presente trabajo, se destaca el surgimiento del **PNSMG** en el primer período del gobierno del Frente Amplio en el año 2005, el cual surge en conjunto al Programa de Atención a la Salud de la Niñez, como resultado del antiguo Programa de Atención Materno Infantil, el cual es sustituido por los programas anteriormente citados, en pro de generar programas más amplios e integrales, que conlleven a separar el enfoque materno- infantil, considerando a la mujer no solamente en su rol de madre, sino con una visión integral de derechos de salud de la mujer propios de sus distintas etapas de vida, que no necesariamente están atadas a su etapa reproductiva.

De acuerdo a lo redactado por el MSP, su propósito fundamental se centra en "contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente".

¿Cómo se piensa en la incorporación de la perspectiva de género? Se piensa en la institucionalidad de género como estrategia. "Fue a partir de la IV Conferencia de la Mujer de Beijing en 1995, y después de una evaluación negativa de los llamados Programas para Mujeres, que comenzó a cobrar fuerza esta estrategia de transversalizar el enfoque de género que tiene dos ideas-fuerza fundamentales. La primera es que las políticas públicas no son neutras, tienen efectos de algún tipo en la vida de los hombres y de las mujeres, y que por lo tanto es necesario preguntarse cómo va a impactar en cada sexo cada programa o actividad que se desarrolle, y de aquí la importancia de desagregar por sexo a las poblaciones destinatarias. La segunda es que para modificar las relaciones de género que son relaciones de distribución desigual de poder es necesario tanto integrar a los varones a estos cambios como promover el empoderamiento y autonomía de las mujeres.

Si bien reconoce que el enfoque de género debería estar presente en políticas para varones y mujeres, esto no implica que no sea necesario en algunos casos realizar políticas específicas para mujeres, o de discriminación positiva.

La discriminación positiva se considera una política transitoria mientras existan desigualdades desde la base" (Bonino, 2007. Recuperado www.inmujeres.gub.uy). Las distintas Conferencias que se realizaron a nivel internacional junto a la incidencia de organizaciones de mujeres conllevaron a que se tomara en cuenta la perspectiva de género en la agenda de las políticas públicas en salud.

Los lineamientos en los que se basó el Programa se corresponden con lo expuesto en la ley 18.426, "...los motivos de la ley de salud sexual y reproductiva, vos agarras la ley y la ley es prácticamente el Programa, toda la exposición de motivos de la ley es el Programa de Salud de la Mujer y Género..." (Entrevista N° 1). El Programa se compone de seis áreas, se destacan: el

ASSRR, el área de Salud Mental, la de Violencia de Género, el área de Condición del Varón y Cáncer en la Mujer. Las acciones se pretenden focalizar en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad, aunque el enfoque de atención contempla a toda la población.

Referente a la participación en el debate sobre dicha reforma y los nuevos lineamientos en que se basó el sistema de la salud, así como también las áreas y programas específicos que se implementaron, se ha generado con la participación de técnicos y expertos en el tema, "...los destinatarios directos del cambio, es decir los usuarios y usuarias actuales y potenciales así como las organizaciones sociales (entre ellas, las organizaciones de mujeres y feministas y las de derechos humanos) no han sido convocados, hasta el momento, en el proceso institucional generado para la discusión y elaboración de propuestas" (A un año del gobierno progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva, 2006).

ASSRR

Al finalizar el primer período de gobierno Frenteamplista y dar comienzo a su segundo mandato, se estableció por parte de las autoridades sanitarias la transversalización del eje de género a todos los programas del MSP (Ver Anexo N° 2). Si bien se apunta a problematizar e incorporar la perspectiva de género en el sector salud y a través de la creación de políticas públicas, cabe destacar que en el segundo período de gobierno del Frente Amplio se realiza una reestructura del Ministerio, y el PNSMG se reconfigura bajo el **ASSRR**, en tanto se conforma en una de las cuatro áreas en las que se divide el Área Programática del MSP.

Dicha ASSRR se integra por distintos Programas, entre ellos se destaca el Programa de Salud de la Mujer, el del Varón, el de ITS-SIDA, el de Educación Sexual y el de Violencia.

La reestructuración de los Programas del Ministerio y su reconfiguración en base a las temáticas de los mismos, conllevó a que las distintas áreas que se encontraban bajo la órbita del PNSMG se convirtieran en distintos programas que no necesariamente se agruparon bajo la misma área. Sin embargo, cabe destacar que el eje de género transversaliza a todos los programas (anteriormente denominadas como áreas) que inicialmente se encontraban bajo el PNSMG, aunque actualmente dichos programas no se encuentren únicamente bajo el ASSRR.

Capítulo IV: METODOLOGÍA

Según Taylor y Bogdan (1987) "La elección del método de investigación debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador" (Taylor y Bogdan, 1987: 104).

La presente investigación, se pretendió abordar desde un enfoque cualitativo. En un primer momento se emplearon técnicas de recolección de información, a los efectos de sistematizar datos descriptivos relativos al programa en estudio así como distintos documentos de ley que dan cuenta de la reforma en que se enmarca dicho programa. En un segundo momento se planteó la realización de entrevistas a los que desarrollaron el PNSMG enmarcado en la órbita del MSP, cuando dicho Programa se implementó en el primer período de gobierno de izquierda y a los que lo desarrollan actualmente, en el presente segundo gobierno de izquierda, luego de la reconfiguración que se da a los Programas del Ministerio, los cuales pasan a agruparse en áreas, quedando los distintos lineamientos presentes en el PNSMG bajo el ASSRR. De esta manera se pretendió incorporar una mirada histórica del proceso de inclusión de la categoría de género en un ámbito como lo es la salud (Ver Anexo N° 1).

Se entiende por entrevista de investigación la "... técnica de obtención de información relevante para los objetivos de un estudio. Su campo de utilización se encuentra en las ciencias sociales, especialmente, donde puede adoptar formatos y estilos variables a lo largo de un continuo más o menos estructurado". (Valles, 1999:181-182)

Tomando los aportes de Blanchet, "... definimos empíricamente la entrevista de investigación como una entrevista entre dos personas, un entrevistador y un entrevistado, dirigida y registrada por el entrevistador; este último tiene como objetivo favorecer la producción de un discurso lineal del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación" (Blanchet, 1989: 91). Según el autor, los estudios mediante entrevistas proporcionan información, información que el entrevistador extrae del discurso del entrevistado. La entrevista que se utilizará en la presente investigación será de tipo semi-estructurada, en la cual es útil una guía de conversación con tópicos de manera general. "El investigador y el entrevistado dialogan de una forma que es una mezcla de conversación y preguntas insertadas (...)" (Valles, 1997:179).

Capítulo V: ANÁLISIS

El trabajo de campo se basó en la realización de entrevistas a los responsables que estuvieron al frente del PNSMG en el primer período de gobierno de izquierda, y los responsables actuales del ASSRR, ya que en el presente segundo gobierno de izquierda, luego de la reconfiguración que se da a los Programas del Ministerio se pasan a agrupar en áreas.

En lo que respecta a los responsables del primer período se realizaron entrevistas a:

- La responsable del Programa de Salud de la Mujer y Género y actualmente responsable del eje de género que transversaliza al Departamento de Planificación Estratégica en Salud (Entrevista N° 1).
- El responsable del Área Condición del Varón. Dicha entrevista se realizó vía mail, ya que actualmente reside en el exterior (Entrevista N° 2).
- La responsable del Programa de Violencia y Salud, responsable del Programa en ambos períodos (Entrevista N° 3).
- El responsable del ASSRR y actual Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud (Entrevista N° 4).

De los responsables del segundo período, se entrevistó a los siguientes:

- Coordinadora del actual ASSRR (Entrevista N° 5).
- Responsable del Programa del Varón (Entrevista N° 6).
- Responsable del Programa de Salud Mental (Entrevista N° 7).
- Responsable Directora del Programa Nacional de Control de Cáncer (Entrevista N° 8).
- Responsable del Programa de Salud Integral de la Mujer (Entrevista N° 9).

Cabe destacar que la actual responsable del Programa del Cáncer y el responsable del Programa de Salud Mental, se entrevistaron considerando que formaban parte del anterior PNSMG. Al realizar las entrevistas, desde el Programa del Cáncer se manifiesta que actualmente se encuentra en otra Área Programática como lo es Enfermedades Crónicas no Transmisibles, igualmente no conoce cómo se trabajó en el anterior período.

Por su parte, desde Programa de Salud Mental, se reconoce autónomo desde su nacimiento, nunca dependió ni estuvo en la órbita de otro programa, aunque figuraba como área prioritaria dentro del PNSMG.

Los responsables de dichos programas, que participaron en el período anterior no se los pudo contactar. Ya no se encuentran dentro de la órbita estatal.

El presente análisis tendrá tres ejes fundamentales:

- El PNSMG y la actual ASSRR.
- Fundamentaciones teóricas: género y ciudadanía.
- Estado y Políticas Públicas.

Cabe destacar que el primer eje se presenta como descriptivo-analítico, mientras que los dos restantes apuntan a analizar y a dar respuesta a los objetivos específicos propuestos en la presente investigación.

Primer eje analítico:

PNSMG

Áreas programáticas: 1º período y reestructura en un 2º período.

En este primer eje analítico se pretende realizar la contextualización del Programa, que si bien ya se desarrolló en el marco contextual, en esta oportunidad recoge la voz de quienes lo implementaron y participaron en su desarrollo.

Creación del PNSMG. Aspectos generales.

Tal como se mencionó, el PNSMG surge en el año 2005, bajo el primer mandato del gobierno de izquierda. Dicho Programa tiene la peculiaridad de haber surgido por la inspiración personal de quien estuvo a su frente en dicho año. En la entrevista realizada a la responsable del Programa manifiesta que: "...me llamaron en el período de Tabaré Vázquez para el Programa de salud de la mujer, que en su momento era mujer y niñez y yo dije que de niñez no me ocupaba, que era un falta de respeto si yo hacía algo con los niños, habiendo gente que podía hacer mucho, entonces ahí se resolvió en unos meses el Programa de Salud de la Mujer que yo pedí que tuviera la perspectiva de género, por eso se llamó de la mujer y género, y el Programa de salud de la niñez que pasó a ser otro Programa..." (Entrevista N° 1), "...pero surge originalmente de un enfoque totalmente personal de Cristina..." (Entrevista N° 4).

Es así que la perspectiva de género que se incluyó, se incorpora a partir del pedido de quien está a su cargo, vinculado a su trayectoria de militancia en la temática y su experiencia. Esto da cuenta de que son temáticas que se incorporan desde fuera, retomando los aportes de Schvarstein se consideran "fuerzas instituyentes", ya que se contraponen a lo establecido en el Ministerio (instituido)¹¹. A su vez, se contó con diferentes actores que aportaron en la creación del Programa, tales como: "...el apoyo de las mujeres parlamentarias, y de organizaciones de mujeres, profesionales..." (Entrevista N° 2), "...fue muy fuerte y muy buena la presencia de la sociedad civil y de otras instituciones a través de la Comisión Asesora, así que todo lo institucional y todo lo civil venía a través de la Comisión Asesora..." (Entrevista N° 1).

¹¹ Schvarstein plantea un análisis acerca de lo Instituido y lo Instituyente. Podemos "...comprender lo instituido como aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social" (Schvarstein; 1991: 26). Es así como una Institución establece "su verdad" acerca de la realidad que la rodea y pretende hacerla universal, esta pretensión no significa que se haga efectiva ya que en la dinámica de las instituciones existe también una "...fuerza Instituyente, construida como protesta y como negación de lo instituido" (Schvarstein; 1991: 27). Esto refleja el carácter dialéctico atribuido por el autor entre lo "instituido" y lo "instituyente", dando origen al cambio social. A su vez es pertinente aclarar que la "fuerza instituyente" puede transformarse en la "fuerza instituida" si logra consolidarse, pero no es una condición necesaria.

La creación del Programa conlleva a un cambio de paradigma que significó romper con la construcción social que liga a la mujer la condición de ser madre, "...no ver a la mujer como madre y no ver a los niños en su relación con su madre, creo que eso estuvo acertado..." (Entrevista N° 1). Retomando los aportes de Badinter (1991), se considera la maternidad como una construcción social, cultural e histórica, que ha cuestionado lo que algunos llamaron "instinto maternal", ante esto la autora plantea: "¿No sería más válido hablar de una presión social dirigida a que la mujer se realice exclusivamente a través de la maternidad?" (Badinter en Marcús; 2006:114). Que el Programa se haya separado del enfoque materno-infantil, implica que se está trabajando o al menos apuntando al trabajo en esta línea, aportando en la modificación de la construcción social, política, cultural de la mujer-madre como unidad inseparable. Muestra a su vez, cómo una figura que asume la responsabilidad de modificar estas cuestiones dentro del Ministerio, logra un cambio en un Ministerio caracterizado por lo instituido.

A partir de las entrevistas realizadas se deja en claro que dentro del Ministerio se desconocía e ignoraba la inclusión de la perspectiva de género (desde la alusión madre-hijo, hasta la ausencia de un enfoque que incluyera al varón). Su inclusión se da claramente por las obligaciones que desde las diferentes Conferencias Internacionales se imponen a los Estados, por adhesión de estos últimos, siendo ineludibles por su carácter de obligatoriedad. Es por esto, que se pone en cuestión cuáles son los fundamentos reales que movilizan la inclusión de estas temáticas. En palabras de la entrevistada: "...una de las cosas que le pedí a Basso fue que el Programa de la mujer tuviera una perspectiva de género y me dijo que sí, y me dijo qué es...entonces en cinco palabras le dije lo que es género (...) entonces cuando apareció de la mujer yo le agregué y género y género, insistí... insistí, y bueno fue el único lugar del Ministerio en que estaba la palabra género, entonces todo lo que venía de informes de las asambleas mundiales, porque claro el nuevo gobierno no sabía este tema del enfoque de género (...) ahí se generó toda una cuestión de mayor importancia al Programa, porque tenía la palabra de género y saber qué significaba la perspectiva de género...bueno estuve ahí evangelizando durante cinco años, yo y parte del equipo, porque las compañeras que pedí que vinieran a ayudar eran todas compañeras que estaban comprometidas..." (Entrevista N° 1).

Esto lleva a pensar, retomando los aportes que plantea Schvarstein con su análisis institucional, en que la fuerza instituyente (creación del Programa y los que lo desarrollan) debe sobreponerse a lo instituido (concepciones tradicionales del MSP), pero no podemos afirmar, ya que el cambio de paradigma es muy reciente, que dicha fuerza instituyente logre convertirse en instituida. Se debe pensar el cambio considerando que se está frente a un Ministerio de más de siete décadas de creación, que tiene una estructura ya consolidada. Si bien se considera el factor tiempo, ya que el período de transformación es muy breve, se problematiza la posibilidad de que se

presente resistencia desde lo instituido, que no permita prosperar a la fuerza instituyente y frene, por tanto, un posible cambio social. Aunque se considera que toda fuerza instituyente, aún sin llegar a instituirse, deja huellas que generan al menos algunos movimientos. Desde el discurso se presentan algunos elementos que pueden generar la discusión: "...respecto al tema aborto por ejemplo, la principal limitante la tuvimos desde el interior propio del Ministerio de salud, que si bien se nos pidió que trabajáramos en esa línea, y apoyamos y contribuimos técnicamente en la ley que se aprobó parcialmente y que después fue vetado el capítulo de aborto, ahí tuvimos una gran restricción desde lo que era la propia concepción ideológica de lo que era el tema de aborto dentro del propio Estado..." (Entrevista N° 4).

El Programa se basa en los antecedentes que se toman de países de la región, como es el ejemplo de Brasil (en el que mayormente se inspira), la responsable del primero manifiesta que: "...con mucha ayuda del Programa de Salud de la Mujer de Brasil, porque María José Araujo, que ya hacía como cuatro años que tenía el Programa en el Brasil, nos conocíamos mucho, de organizaciones no gubernamentales de las Conferencias del Cairo, de Beijing, de las reuniones de Mujeres y Salud, nos conocíamos mucho, y ella tenía a su cargo el Programa de Salud de la Mujer, claramente con perspectiva de género..." (Entrevista N° 1).

Los lineamientos que sustentan al Programa se basan en la ley N° 18.426 (Ver Anexo N° 3), "...vos agarras la ley y la ley es prácticamente el Programa, toda la exposición de motivos de la ley es el Programa de Salud de la Mujer y Género..." (Entrevista N° 1).

El Programa se integró por seis Áreas prioritarias:

- Violencia de Género
- Condición del Varón
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud Mental y Género
- Cáncer de la Mujer
- Asesoría, Investigación y Gestión

Actual ASSRR

En el segundo período de izquierda (2010) se reestructura el MSP, el Programa cambia para transformarse en el ASSRR, "...en este período los Programas pasaron a estar en áreas, se cambiaron algunos Programas, la directora del área es Rieppi, que está en el ASSRR y ahí dentro está el Programa de salud de la mujer (...) yo quedé con esta otra área que traspasa todo, la transversalidad de género en la salud" (Entrevista N° 1).

“...género salió para ser un eje transversal, y existe el Programa de Salud de la Mujer en el ASSRR...” (Entrevista N° 1), es así que en el primer período la concepción de género era explícita, en el segundo período se separa para transverzalizar, implícitamente, al área. Se comienza a pensar en la concepción de género como ordenadora de las acciones del Ministerio. “...y ese mecanismo de género hizo una planificación estratégica donde una de las primeras cosas para hacer es la capacitación a los mandos medios y algunas áreas específicas del Ministerio de donde salen las normas...” (Entrevista N° 1). En caso de que esto se implemente se puede considerar como una fortaleza del Ministerio, en donde la fuerza instituida deja lugar a la fuerza instituyente. “...podríamos decir que se potenció todas aquellas acciones o la visión de género a través de esta reformulación, y se potenció porque ahora está el ASSRR, pero también está, en el ASSRR, está mujer, varón, violencia, pero también está el mecanismo de género que se está fortaleciendo cada vez más en el Ministerio, donde además existe una resolución ministerial donde se forma el mecanismo de género para tener involucrado a todo el Ministerio, no el Área Programática exclusivamente, por eso creo que se potenció la acción...” (Entrevista N° 5).

El área programática del MSP se divide en cuatro áreas, una de ellas es el ASSRR. “...la modificación que hubo es de un Programa de Salud de la Mujer y Género que se llamaba se pasó a un ASSRR, eso en razón de que en el 2008, (...) se aprobó una ley que es la ley vigente de SS y RR, la 18.426, que fue reglamentada recién en el 2010, cuando asumió el período este, entonces en función de darle andamio y total vigencia, y efectividad de alguna manera, se transformó todos los Programas que tenían que ver con la sexualidad en una sola área, hubo una reestructura en el Departamento de Planificación Estratégica de Salud (DEPES) que es el que reúne todos los Programas del Ministerio, y se conformaron cuatro áreas (...) este gobierno quiso jerarquizar de alguna manera todo lo que tenía que ver con la salud SS y RR, entonces se conforma esta área...” (Entrevista N° 6).

Previa realización del trabajo de campo, se indagó, en diversos documentos y publicaciones del MSP que aludían al PNSMG, los responsables que habían estado al frente de cada una de las áreas de dicho Programa.

Los programas que tuvieron continuidad entre el primer y segundo período son: Violencia de Género, Condición del Varón, Salud Sexual y Reproductiva (nombre que toma el Área a partir de la reestructura) y el actual Programa Integral de Salud de la Mujer, “...antes había un Programa de Salud de la Mujer y Género y ahora lo que hace es que un sector se encarga de género pero que transversaliza a todo, porque el género es algo que está incluido en todos los hombres, mujeres, niños, adultos, adolescentes (...) entonces lo que quedó de eso quedó como Programa de Salud Integral de la Mujer, hablando un poco de la integralidad de los diversos aspectos y no solo los reproductivos (...) quedó en realidad dentro del ASSRR aunque nosotros trabajamos sobre

aspectos fuera...porque la salud de la mujer no está solamente acotada a los aspectos sexuales y reproductivos de su vida ¿no?...” (Entrevista N° 9).

Por otro lado, a partir de la realización de las entrevistas, considerando la voz de quienes estuvieron teóricamente en el PNSMG, manifestaron no haber estado bajo los lineamientos del mismo. Esto genera la interrogante de si se está frente a descoordinaciones y desorganizaciones entre los programas del Ministerio o si éste se muestra de manera tal que no coincide con su funcionamiento real.

Cabe mencionar alguno de los programas que se encuentran dentro de este último planteo.

El Programa de Salud Mental es uno de los programas que si bien integraba las áreas prioritarias del PNSMG, su responsable actual no lo identifica como tal, en sus palabras manifiesta: “No, nunca estuvo (...) participando, pero el Programa de Salud Mental es autónomo ...desde el 86, en el Ministerio siempre existió un Programa de salud mental, siempre fue autónomo, en el organigrama del Ministerio pasó por varias instancias, no te voy a complicar, siempre fue autónomo del Programa de salud de la Mujer...” (Entrevista N° 7). Por lo tanto, se concluye que dicho Programa no se encuentra dentro de lo que formalmente se plantea. Su inicio data de décadas anteriores, no reconociéndose bajo los lineamientos que el Programa de Salud de la Mujer y Género sostiene. A su vez, declara no tener una visión de género.

El Programa de Cáncer, es un programa que físicamente no se encuentra dentro de la estructura edilicia en la que se localizan los restantes programas dentro del MSP. Se encuentra en un edificio separado, ya que en el segundo período pasa a depender de Enfermedades Crónicas no Transmisibles dentro del Departamento de Programación Estratégica. De acuerdo a lo que manifiesta su responsable actual “...el Programa surge en el 2005, en la época que era Presidente el doctor Vázquez, y bueno...como es oncólogo, le hizo un énfasis especial a la patología oncológica (...) ahí surge por un decreto presidencial la creación de éste Programa que cuyas directivas u objetivos fundamentales son las de coordinar todas las acciones oncológicas que se hacen en el país...” (Entrevista N° 8). No se considera la perspectiva de género, ya que, por un lado, no se reconoce y por otro lado, se desconoce los lineamientos que dicho Programa de Cáncer asumía.

La reestructura y cambio de área del Programa, de acuerdo a lo manifestado, se da porque “...los Programas de Salud, no sé por qué es exactamente, porque no es sólo de género no?, porque bueno, no sé, la oncología es más bien, está puesto dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, y como está puesto mundialmente, es decir que el posicionamiento mundial y en el UNASUR, que abarca toda América Latina, está puesto también dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles...” (Entrevista N° 8). En lo que respecta a este Programa y a la información recabada por distintas técnicas (entrevistas, datos secundarios), no queda clara su enmarcación dentro del PNSMG.

“¿Quién está al frente de este Programa de Salud y Género? (...) Pero ¿y ahora?” (Entrevista N° 8). A su vez se presenta un gran desconocimiento y desinformación de los lineamientos del Programa en estudio, tanto del primer período como de su reestructura, lo que lleva a cuestionarse si se está frente a uno de los tantos programas que en lo real funcionan de manera diferente a como se presenta en el discurso institucional.

Experiencia previa en la que se basaron los programas:

Si bien, se aludió a los antecedentes en los que se basó el PNSMG, a continuación se expone los antecedentes particulares de cada una de las áreas prioritarias que se enmarcaron en dicho Programa, así como también lo que antecedió a la actual ASSRR.

En lo que respecta a Condición del Varón, su responsable expresa que “...no nos basamos en ningún programa de ningún país. Fue innovador, al menos en las Américas” (Entrevista N° 2). Por su parte, el antecedente del área Violencia de Género fue que “...hubo un Programa sobre violencia doméstica en el Ministerio, hace unos cuantos años, pero que en realidad no llegó...no se concretó en ninguna normativa, ni se concretó en ninguna orientación, ningún lineamiento hacia el sector salud...” (Entrevista N° 3). El ASSRR, su responsable manifestó que “...nos basamos en algunas cosas que estaban pasando en el propio Uruguay desde otras áreas, sobre todo desde la Sociedad Civil, pero tuvimos mucha influencia de dos programas, uno fue el mexicano y otro fue el brasilero, esos fueron los más grandes...” (Entrevista N° 4). De acuerdo a lo manifestado se puede concluir que la experiencia en la que se basaron fue prácticamente nula, existieron algunos ejemplos o modelos tomados de programas desarrollados en países de la región, a su vez la experiencia y conocimientos en la temática de parte de quienes fueron sus impulsores. Esta carencia de experiencias previas en las que se pudieran inspirar da cuenta, principalmente a nivel nacional, del poco desarrollo y trascendencia a la temática de género en el ámbito de la salud, perspectiva que claramente se comienza a desarrollar a partir del año 2005.

En lo que refiere a los antecedentes en los que se fundamenta el ASSRR en el segundo período, toma los lineamientos del Programa que la antecedió y del cual surge: “...en lo personal vengo con la transferencia de lo que viene del Programa de Salud de la Mujer y Género... ¿verdad? El cual a su vez se basó en proyectos de Programas que hay en otros países, u experiencias personales que tenía la gente que integró el Programa (...) Los que se integran en el segundo período retoman todo lo que ya está, al menos eso parece...” (Entrevista N° 5), y “...la definición de las áreas sale un poco a través de los resultados o de la evaluación que hacen los Programas cuando finaliza 2009, donde encuentran que la verticalidad de los Programas hace que la forma de aplicación de ellos sea prácticamente una competencia entre los Programas...y no sea una inclusión o potencializar las diferentes acciones...entonces de ahí analizan de que es necesario nuclear a los Programas por temáticas...” (Entrevista N° 5).

En cuanto al Programa del Cáncer, la responsable manifiesta que "...es la primera vez... este Programa surge en el país en un momento en que en el mundo están floreciendo los Programas nacionales de control del cáncer, a instancias de la Organización Mundial de la Salud....se promueve que en los países exista un Programa Nacional del Cáncer..." (Entrevista N° 8). Nuevamente, se manifiesta la disociación de dicho programa con el PNSMG, alude al primero como programa independiente dentro del MSP.

Prioridades que se le otorga a los programas:

Se establece la diferencia entre el primer y segundo período. Los responsables que estuvieron al frente de los distintos programas comparten o difieren en sus discursos al respecto.

"...en el período pasado se le fue dando prioridad por esta cuestión de que tenía lo de género, importaba. Después hay otra cosa que el Ministerio le dio importancia... porque entre los objetivos de desarrollo del nuevo milenio uno de los temas principales era el tema de la mortalidad materna, el acceso a la anticoncepción, disminución del cáncer de la mujer, alfabetización de las mujeres, muchas cosas puesto por los objetivos de desarrollo del milenio que le dieron prioridad, y nosotros fuimos agarrando todas esas cosas como desafíos para llevar adelante..." (Entrevista N° 1). Por un lado está presente la fuerza instituyente y los cambios y/o cuestionamientos que provoca a la estructura ya consolidada, por otro lado se pone en juego las obligaciones de los Estados a nivel internacional. Conlleva a que se generen contradicciones que ponen en tela de juicio los fundamentos reales que movilizan los cambios. ¿Se podría pensar que este "cambio" en su trasfondo contiene fines que responden a presiones internacionales?

Por otro lado, hay quienes manifiestan que: "...cuando surge el Programa en el período pasado, digamos, ya el hecho de crear un área que tiene que ver con esto, de alguna manera es empezar a visualizar un tema que no estaba presente de otra manera..." (Entrevista N° 3).

En lo que refiere al área Condición del Varón, se manifiesta que "...en algunos aspectos, se le dio trascendencia, en otros se le quitó protagonismo. La perspectiva de género remueve a las instituciones y genera distintas reacciones personales, grupales e institucionales. Lo instituido y lo instituyente en tensión. El Área fue vista como original por otros actores institucionales. Algunos creían que se trataba de la defensa de los varones, de una reivindicación para equilibrar el avance de las mujeres..." (Entrevista N° 2). Se muestra el desconocimiento presente en el MSP sobre la temática. La capacitación a los mandos medios y a las áreas donde surgen las normativas, se presenta como una necesidad ineludible para que se comprenda de qué se está hablando, y así enriquecer la problematización y discusión de programas con corte de género.

Desde lo manifestado por el responsable del ASSRR en el primer período, la prioridad fue baja, "...porque el tema de salud de la mujer es un tema que está en el discurso político, pero no realmente en la agenda, y desgraciadamente la mayor parte de nuestros políticos usan y abusan del tema de salud de la mujer, salud del niño, salud reproductiva, pero lo hacen en su propio

beneficio no en el interés colectivo...entonces a la hora de priorizar vos te encontrás que se dice que la salud de la mujer es una cosa clave, pero no le asignas los recursos necesarios..." (Entrevista N° 4). Estas contradicciones que se generan en el funcionamiento estatal, en materia de asignación de recursos a los diferentes programas, ponen en cuestión si la fuerza instituyente que se presenta desde el discurso realmente llega a serlo en la práctica.

En lo que respecta al segundo y actual período, se tiene la visión de que se trabaja con todas las áreas de forma similar, aunque se visualizan carencias desde el Ministerio, "...en realidad es un Ministerio que no tienen fuerza para implementar (...) pero no tienen fuerza para implementar acciones más allá (...) hasta ahora se contaba mucho con la cooperación internacional, y la cooperación internacional apoyaba este u otro grupo y nada más, y eso lleva a que...las actividades que se hagan sean específicamente de lo que algunos quieren que sea..." (Entrevista N° 5).

Si bien la cooperación internacional contribuye a la solvencia y consolidación de los programas, los favoritismos políticos también favorecen a su desarrollo y permanencia, "...digamos que el posicionamiento del Programa de Cáncer es bueno...yo creo que era mejor antes, en el gobierno de Vázquez, porque el Programa dependía en ese momento directamente del Ministerio, o sea, ahora no...se depende de otros organismos, antes dependíamos directamente de DIGESA (Dirección General de Salud)" (Entrevista N° 8).

Estas son las contradicciones que realmente llevan a cuestionar y a poner en duda todo el funcionamiento interno programático del Ministerio, ¿en qué medida los fundamentos o motivaciones personales determinan la importancia en los programas, tanto en su creación, desarrollo o permanencia?

En lo que refiere a la población objetivo, tanto desde el Programa como el ASSRR, "...se enfoca en todas las mujeres, tanto en lo público como en lo privado..." (Entrevista N° 1), "Es toda (...) varones, mujeres, independiente de su orientación sexual, y de todas las edades (...) que nosotros hagamos hincapié en una o en otra este...depende de la temática que tratemos en ese momento o de la vulnerabilidad que tiene uno u otro grupo..." (Entrevista N° 5).

Dentro del Área, y dependiendo del programa, se encontrarán variaciones en cuanto a la población a la que apuntan, vinculado a la temática en la que se focalicen.

Cabe destacar una variable que se incorporó en el diseño de la técnica de entrevista, siendo esta la formación académica y la trayectoria en el trabajo con las mujeres. Se problematiza a partir de dicha variable ya que se pueden realizar algunas apreciaciones al respecto, que contribuyan a la problemática en estudio.

En cuanto a la formación académica, todos los entrevistados tienen formación en la rama de la medicina.

En lo que refiere a la trayectoria en la temática, se diferencia entre el primer período y el segundo período en estudio. En el primer período, los que lo desarrollaron, manifiestan que: "...siempre estuve vinculada al trabajo con mujeres (...) porque tengo una vocación de la medicina social sin dudas, y este tema de la gestión que lo aprendí mucho en Católica por el Derecho a Decidir, que es muy poco valorado lo aprendí ahí con el trabajo conjunto y valorando el equipo como una cosa muy horizontal que a veces tiene que ser oblicuo para tomar decisiones, pero muy horizontal y muy potenciador, por eso el Programa el año pasado tuvo tantos logros, (...) vino gente de la sociedad civil a apoyar algunas cosas que todas queríamos que salieran...y salieron..." (Entrevista N° 1), "Si, he colaborado desde principios de los años 90 con la Casa de la Mujer (distintas casas de la mujer) (...) Vinculaciones con MYSU y Mujer Ahora (Entrevista N° 2), "...empecé en el 89 a nivel de la sociedad civil en la parte de asistencia, después a partir del 98 en la parte más de docencia (...) también a nivel de la sociedad civil y coordinando grupos de asistencia (...) trabajé siempre en el sistema público de atención donde también llegaban personas en situación de violencia..." (Entrevista N° 3), "...la vinculación que tuve a las organizaciones de mujeres comienza mucho antes cuando era docente en la Universidad de la República (...) me relacioné con la gente de MYSU, Cotidiano Mujer, La Casa de la Mujer de la Unión (...) ahí trabajé muchísimo con los grupos de mujeres, que para mí fueron claves..." (Entrevista N° 4).

Por otro lado, los que actualmente desarrollan el Área, manifiestan que: "...no tuve una vinculación directa...tenía una vinculación por profesión y por interés, por ejemplo cuando se formuló el Programa de Salud de la Mujer y Género se hizo en forma conjunta con integrantes de la Intendencia y de la RAP, yo integraba la RAP en el Área del Programa de la Mujer primero y después coordinadora de región, y entonces participaba ...en forma de colaboración (...) no estuve vinculada ni a organizaciones de mujeres..." (Entrevista N° 5), "...no, no estuve vinculada..." (Entrevista N° 8), "...No, hemos hecho algunos trabajos con la gente de MYSU por ejemplo, sobre todo con facultad, con organizaciones locales de la zona donde yo me he desempeñado como docente más que nada..." (Entrevista N° 9).

Claramente se observa que los que han trabajado en la temática o han tenido vinculación en ella han sido la propulsora del Programa en el primer período y los responsables de las distintas áreas que también estuvieron al frente del mismo, convocados por quien estaba a su cargo. En el segundo período, se presenta un bajo relacionamiento en el trabajo con la temática de género.

Quizá esto algo nos quiera decir respecto a la orientación y continuidad que toman las políticas con corte de género en un período y en el otro.

Segundo eje analítico:

Desde la órbita del MSP, se plantea como propósito principal para el PNSMG lo siguiente: **“contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer sus derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente”**. Claramente se presentan manifestaciones de dos categorías teóricas, tales como lo son género y ciudadanía. A partir del fundamento que moviliza al Programa, surge en la presente investigación la motivación de conocer e identificar, desde la voz de quienes lo implementaron, desarrollaron y desarrollan actualmente, los sustentos teóricos que se ponen en práctica y se consideran para el desarrollo del mismo.

A continuación, el análisis pretenderá dar respuesta a los objetivos específicos que se plantearon en el diseño de investigación, poniendo en diálogo las categorías conceptuales elaboradas y la voz de los actores recogida a través de las entrevistas realizadas.

Fundamentaciones teóricas del Programa Nacional de Salud de la Mujer y el actual ASSRR

Género. Discursos y trasfondos

Para comenzar el análisis en este punto, se cree conveniente partir de uno de los objetivos específicos propuesto para la presente investigación, el mismo refiere a:

Identificar la concepción de género que de manera implícita y explícita permea el PNSMG.

Desde el presente trabajo, se parte de la definición que concibe al género considerando la conexión entre dos proposiciones, en tanto “...el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996:23).

Se opta por analizar considerando la temática desde un **eje diacrónico** por un lado, en tanto se contemplen las concepciones de los responsables del Programa en un primer período y los responsables del actual Área en un segundo período, y por otro lado visualizando una **pirámide**

de actores¹², de acuerdo a su incorporación en el Ministerio y a su vinculación con la temática de género.

La responsable del PNSMG, y actual encargada del eje de género que transversaliza el MSP, alude a la categoría de género como "...un sistema cultural que hace que las mujeres, los varones y la diversidad sexual estén signados por una manera de ser y de actuar que muchas veces atenta sobre su propia salud (...) si miras todo lo que mires de la perspectiva de género vas viendo los pro y los contra...y más que nada es un mandato cultural, el ser mujer y el ser varón..." (Entrevista N° 1).

Se alude a una construcción social y cultural que estructura y ordena las relaciones sociales entre hombres y mujeres. Pensar en el lugar que tanto mujeres y hombres le otorgan a la salud, está asociado al devenir histórico que la temática ha tenido y que la sociedad y la cultura ha contribuido a perpetuar. Con la modernidad se le otorga valor al cuerpo y sus cuidados, se establecen un conjunto de normativas de comportamiento de la sociedad y disciplinamiento de los cuerpos que son subsidiarias al pensamiento de la época.

Se debe problematizar en torno al planteamiento de la "*patologización de la mujer*": en tanto el cuerpo de la misma se convierte en asunto médico por excelencia. Hace varios siglos, la mujer fue concebida como un ser enfermo, sus distintos estadios naturales eran identificados como enfermedades, se trataba de la creación de una imagen que convenía al patriarcalismo establecido en la sociedad. La negación a la atención en salud por parte de los hombres está ligada a una forma de concebirlos como sanos, fuertes y a una forma de ver a la mujer como débil y enferma.

Por ello, las consecuencias en la salud para ambos géneros son diferentes. Hay una mayor intervención sobre el cuerpo femenino. El número de políticas en salud creadas para su fin lo muestra claramente, en palabras del responsable actual del Programa del Varón manifiesta: "...es la primera vez que va a haber un Programa para el varón..." (Entrevista N° 6).

A su vez, la responsable del Programa, manifiesta que se trabajó no solo en el MSP, "...fuimos por el interior e hicimos capacitaciones sobre salud y género (...) si yo pienso cuando entramos en 2005 que hablar de género era como: ¿ésta loca? Ahora hablar de género es una cuestión corriente, mucha gente sensibilizada y mucha gente entiende esto...no te digo que esté bien, pero falta mucho, hay gente que entiende hay gente que lo aplica, hay gente que se dio cuenta cuál era la cuestión y hay varones que también se dieron cuenta que ellos también están perjudicados por la cultura patriarcal...y entonces ta! algunas de esas cosas sucedieron..." (Entrevista N° 1). Desde el lugar que se le otorga a la responsable, por la gran trayectoria en la temática, genera espacios de difusión para incorporar la nueva concepción, intentando que se logre

¹² La pirámide de actores se construye de la siguiente forma:

Primero la responsable del PNSMG, convocada específicamente para el abordaje de la temática.

Segundo los responsables de las áreas prioritarias que integraban el Programa, convocados por la encargada del PNSMG.

Tercero los que conforman el actual ASSRR.

cuestionar el paradigma existente materno-infantil, en una estructura tan rígida como lo es un Ministerio ya consolidado.

Por otra parte, los responsables de las distintas áreas que conformaron al Programa, manifiestan que: "...no tenemos una afiliación a una corriente particular dentro de eso, lo que nosotros trabajamos es sobre todo eso de qué implica pensar la perspectiva de género cuando piensa la salud de las mujeres, la salud de los hombres, la salud de la población en general, cómo el género es una determinante importante en esto (...) no nos afiliamos a ninguna corriente teórica en particular y nos alimentamos de varias corrientes teóricas a la vez..." (Entrevista N° 3). Se muestra la inexistencia, desde el MSP, de una concepción a partir de la que se trabaje y se incorpore a sus objetivos, que sea consensuada por todos los Programas. Manifiesta un enfoque subjetivo, en el que se dejan mostrar posiciones ligadas a las trayectorias personales de cada uno.

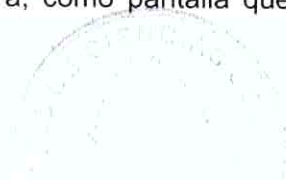
Otro responsable manifiesta: "Lo que inspiraba al Programa era exclusivamente el Cairo..." (Entrevista N° 4). Algunas de las líneas que priorizó el Cairo se basaron en la promoción al derecho de salud de las mujeres, específicamente a la salud reproductiva, así como la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres. Se muestra a su vez, las responsabilidades que los Estados tienen frente a determinadas temáticas y el cumplimiento al que tienen que acatar.

Los responsables del segundo período manifestaron lo siguiente:

"...la concepción de género desde la que se planta el área es de esa concepción de cómo cada cual se considera que está representado dentro de su...de la forma de ser vista su sexualidad (...) por sí mismo, no por el resto..." (Entrevista N° 5); "...género es eso, básicamente la inequidad de un sexo sobre otro, todo el tema de acceso y derecho, sobre todo el acceso a la salud y a los mismos derechos..." (Entrevista N° 6); "Bueno capaz que eso es un pregunta más para Cristina Grela (...) lo que nosotros creemos del género es sobre todo trabajar las libertades que tiene cada una de las personas para definir su género, y llevar adelante una vida de acuerdo con el género que haya abrazado o tomado la decisión que se considera parte del mismo..." (Entrevista N° 9).

Si se analiza desde un eje diacrónico, comparando a los integrantes de ambos períodos, se observa que los que estuvieron al frente del primero, tienen mayor conocimiento y entendimiento sobre la temática en cuestión. A su vez la experiencia y trayectoria en el trabajo con género y organizaciones que abordan la temática juega un rol central.

Se podría mencionar como una debilidad dentro del Área y de los programas que lo integran, en tanto las fallas en el discurso ponen en duda la incorporación del tema, donde se cita a la responsable del PNSMG como la capacitada en el mismo. Cabe pensar la idea de que lo instituyente sea absorbido por lo instituido al colocar a cargo de los programas a responsables que no tienen pleno conocimiento respecto al nuevo enfoque. Terminan siendo programas que se llevan adelante por los compromisos que los Estados asumen, pero que no se logran llenar del contenido real que se aprobó en la legislatura, funcionando de esa manera, como pantalla que



sirve para mostrar que el país se está "modernizando", asumiendo y haciéndose cargo de las desigualdades de género.

Por último, se hace alusión a los responsables del segundo período pero que en lo real no manifiestan tener relación con el ASSRR ni con el Programa, aunque sí figuraban dentro de la órbita del mismo en el período pasado.

"...me parece que en el Programa no había una definición clara (...) Pero nosotros sí, digo, en el sentido de que bueno, todos, todos los temas que tienen que ver con géneros están ahí priorizados en cuanto bueno...ah...eh...claro el Programa que entró en marcha ahora, el que estábamos hablando tiene más bien este...una óptica materna ¿no? porque ahí están incorporados mucho las, las...lo que tiene que ver con la maternidad y las dificultades de la maternidad. Este...sería algo para pensar, no hay eh...explícitamente una...algo..." (Entrevista N° 7); "...bueno...debo confesarte que nunca he meditado sobre ese tema (...) lamento no poder aportarte en eso porque no trabajamos bien ese tema nosotros..." (Entrevista N° 8).

En ambos se presenta desconocimiento sobre lo que se le está planteando. Se trata de dos programas del MSP que figuraban, en lo discursivo, dentro del Programa en estudio, pero son programas independientes desde su creación. La concepción de género aún no ha sido incorporada por estas áreas, en su discurso, se presentan componentes conservadores que aluden a maternidades y no a mujeres y hombres sujetos de derechos.

Surge una nueva cuestión respecto al funcionamiento del Ministerio y respecto a la poca continuidad que demuestran tener los programas en los distintos períodos, aspecto que no es favorable a la hora de darle andamiaje y consistencia a un programa.

Los posicionamientos diversos que se presentan, implica que se reconozca el breve período en que se está trabajando con este nuevo enfoque. Lo que no significa que se consideren las trayectorias personales de los responsables que se colocan al frente de los distintos programas. Se debe recordar que el Ministerio siempre poseyó una visión androcéntrica, en tanto su visión del mundo y de las relaciones sociales estuvo centrada en el punto de vista masculino, es la primera vez que se incorpora género como categoría, "...porque siempre fue la mujer como madre, y también por eso pusimos un área de condición del varón..." (Entrevista N° 1), tal como se manifiesta, las políticas siempre fueron pensadas para la población que se considera más débil: mujeres y niños, "...pensarlo en el acceso a la salud, o que todos los Programas de salud están pensados para los niños o para las mujeres, no están pensadas para el varón..." (Entrevista N° 6).

En términos del **enfoque de equidad** que desde el Programa se posee, desde el discurso, la mayoría de los entrevistados concuerdan en sus posicionamientos, respondieron que ese es el objetivo al que se apunta, y en algunos casos subrayan que el fin último es la igualdad.

Se manifiesta, por un lado, la equidad como fin último, en palabras de los entrevistados: "...la equidad es central, nadie está pensando en sacar a los varones..." (Entrevista N° 1); "Se

visualizó como equidad de género, articulada con la lucha por la equidad étnico-racial y de lucha contra todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres. Se basa en las conferencias internacionales y sus conceptos sobre equidad de género” (Entrevista N° 2); “Bueno existe esa idea de equidad en ese sentido de a cada cuál lo que necesita, ta...no es una cuestión de igualdad, sino que este grupo necesita esto, y se analiza desde ese punto, por supuesto que desde el punto de vista desde lo científico o de lo estadístico...” (Entrevista N° 5).

Por otro lado, hay entrevistados que consideran el logro de la equidad como medio para lograr la igualdad, en palabras manifiestan: “Si...yo te diría de igualdad en cuanto a oportunidades y derechos...la equidad es como de alguna manera generar condiciones de equidad es la herramienta en la que vamos camino a promover la igualdad ¿no? igualdad en eso, en oportunidades y derechos, igualdad en cuanto al lugar social ¿no?”(Entrevista N° 3).

“Si claro, los derechos...es más, justamente, en realidad muchas veces uno quiere que la mujer logre tener los mismos derechos que tienen los hombres porque en algunas cosas los hombres por un tema de construcción de una sociedad machista como la nuestra, y de la historia de la cual venimos, la mujer siempre ha estado en un escalón por debajo en lo que hace a sus derechos personales, en su cuidado de su salud, en un montón de cosas (...) uno lo que busca es igualar los derechos, siempre teniendo en cuenta cosas que puedan hacer a las propias necesidades de ese género... (Entrevista N° 9).

Uno de los integrantes del Programa en el período pasado, manifestó que si bien sus objetivos eran el logro de la equidad, esto se veía limitado en las prácticas de los programas, principalmente por la acción del propio Ministerio, en palabras del entrevistado, manifiesta que: “...nos centramos más que nada en la mujer, y en el área nuestra lo que se trató de incluir como una cuestión de equidad y si en parte vas a ver que no se ha terminado de lograr, más allá que existe una ley al respecto, es en la participación del compañero varón en los partos, hasta el día de hoy hay instituciones y predominante las instituciones públicas en las cuales los acompañantes masculinos no entran al parto (...) al sector privado, si no cumple con determinados indicadores no se le hace la transferencia monetaria, pero en el sector público la siguen recibiendo igual, ¡hagan lo que hagan! Entonces ahí es un problema serio que tiene el Estado...” (Entrevista N° 4).

Tal como se ha mencionado, existen programas que desconocen el enfoque de género y las acciones que desde el Ministerio, a través de los que desarrollan los programas, se están implementando. Una de las entrevistadas, así lo manifiesta: “...pero no sé...yo no sé si es exactamente más así, honestamente creo que no hay discriminación (...) Se apunta a una idea de equidad sin duda ninguna, quizás justamente la puesta un poco más en ojo de la...hacia la mujer, quizá es porque se le haya bajado, estuviera antes más...” (Entrevista N° 8).

En la actualidad ya no se habla de igualdad, incluso en algunos ámbitos o en la vida cotidiana de las personas se llega a pensar que tanto equidad como igualdad tienen el mismo significado. Las políticas actuales, en su mayoría, no persiguen la igualdad, ahora tienen otro

término que sirve para esconderla: la equidad. “Pero las transformaciones económicas bajo la égida del neoliberalismo, llevaron a la emergencia de un concepto sustitutivo del tema de la igualdad que acompañó a la respuesta al proyecto neoliberal, cual fue el concepto de equidad” (Garretón; 2011: 2). Actualmente se apunta a objetivos de equidad, pero esto lleva a preguntarse si en la realidad implica que se llegue a los mismos. Por otro lado, la igualdad, ¿se presenta como utopía desde las fuerzas políticas de izquierda o es un concepto ya olvidado?

Siguiendo en la misma línea, se indagó respecto a la **priorización** de acciones dentro de los programas, en tanto a si estaban enfocadas a priorizar a la mujer o al varón, o la perspectiva los contemplaba de igual forma. Vinculado al enfoque de equidad, contribuyó a visualizar cómo se promueve en la práctica (al menos desde lo discursivo).

Por una parte, se destaca la voz de quienes estuvieron al frente del Programa en un primer periodo.

“Bueno yo había trabajado con mujeres y por supuesto le di más relevancia a las mujeres porque si vos vas a ver cuando se equilibran claramente el varón está acá (señala arriba) y la mujer está acá (señala más abajo), el varón a veces no lo sabe pero tiene privilegios, entonces nosotros tenemos que llegar acá (igualarlos) pero todavía no llegamos” (Entrevista N° 1). En un primer momento se le da prioridad a las acciones que se enfocan a las mujeres, en parte ligado a la trayectoria de quien estaba a su frente. Está presente la perspectiva de equidad.

“Pero de todas maneras este varón que tiene privilegios está haciendo cosas que le hacen mal a su vida y a su salud, en donde esos privilegios lo colocan en un lugar que debe ser potente sexualmente, que tiene que ser agresivo, que tiene que manejar las motos y hacer picadas (...) todas esas cosas no es porque sea varón es porque es una cultura...” (Entrevista N° 1). Se reconoce la necesidad de acciones que apunten a la salud del varón, aunque de acuerdo a lo que manifiesta es inexistente.

Considerando que, históricamente las intervenciones del ámbito médico fueron enfocadas a la mujer, y actualmente siguen siendo orientadas hacia la misma población, se podría aludir a que en este período se intervino pero desde un paradigma distinto, ya no desde el enfoque materno sino considerando a la mujer como sujeto de derechos, visualizando sus derechos en salud, especialmente salud sexual y reproductiva. A su vez, se plantea la interrogante de si estas acciones no perpetúan la relación que social y culturalmente se establece respecto a cuerpo femenino-intervención médica estatal, generando inequidades y desigualdades en este ámbito.

En lo que refiere a los intentos de crear un programa del varón, se manifestó que “...se visualizó a las mujeres como sujetos de derecho, desde una perspectiva histórica y política. Los varones fueron visualizados como sujetos en transformación, que vehiculizan la inequidad de género” (Entrevista N° 2). En este primer período, se intentó crear un programa del varón que

contribuyera a romper con la construcción social y cultural respecto a género, colocando a la mujer y al hombre en relaciones de poder horizontales.

Cabe destacar, que los entrevistados que actualmente no se encuentran dentro del MSP presentaron una posición crítica en su discurso. Quienes actualmente se encuentran en el programa, en algunos aspectos, se mostraron institucionalizados. Esto lleva a pensar en el hecho de que el constituirse como una Institución nueva no asegura que todo lo realizado por ella sea innovación, es decir negación de lo instituido. En otras palabras, la creación de una nueva Institución no garantiza un cambio de paradigma en tanto fuerza instituyente. Para que así sea se debe contar con una visión crítica de lo establecido y del proceso de cambio por el cual se transitará para lograr llegar a ser una fuerza instituida. Debido a esta particularidad creemos que dicha Institución no se debe olvidar de la importancia de una vigilancia constante durante ese proceso, garantizando que las acciones realizadas den cuenta de ese cambio de paradigma y considerando el cambio de orientación de un Ministerio que ya venía funcionando, con su estructura y funcionalidad consolidada.

En lo que refiere a cómo repercutió la incorporación de la temática en la órbita del Ministerio, responsables del período pasado manifestaron lo siguiente: "...ese tema se manejó mal, porque fueron los primeros ensayos, y este...como todo inicio y cuando vos todavía tenés áreas por las cuales te exigen más...porque qué es lo que pasa...una cosa es que Cristina haya intentado incluir al varón y haya empezado a dar los primeros pasos, pero al Programa no le pedían cuenta por la inclusión del varón, al Programa le pedían cuenta por determinados resultados especialmente por salud de la mujer..." (Entrevista N° 4). Denota las contradicciones que se generaron en el Ministerio, las tensiones entre lo que estaba instituido y la nueva fuerza instituyente, y las presiones internacionales a las que se tiene que dar respuesta, actuando como freno a las intenciones reales de quienes incorporaron el nuevo paradigma.

"...pero si yo me quejaba de los recursos para salud reproductiva, los compañeros que estaban trabajando con masculinidades, creo que nunca llegaron a confirmar que Carlos Güida se le diera el cargo como tal..." (Entrevista N° 4).

Por un lado, se presentan los intereses del Ministerio, los recursos que brindan a los programas, las restricciones y evaluaciones que realizan, al igual que el cumplimiento de pactos y convenciones internacionales, por otro lado, están los representantes de los programas, que son convocados por el MSP por su experiencia y trayectoria en la temática de interés, que no reciben el apoyo que deberían otorgarles, en materia de recursos, aval de normativas, etc., se presenta la cuestión de pensar en pro de qué se realizan programas que promueven temáticas que relacionan salud y género, cuando no se les da el sustento necesario, quedando en manos de los que saben o en manos de los mandos superiores del MSP.

Cabe pensar en la visión androcéntrica que siempre poseyó el ámbito médico, la que también se presenta a nivel de la sociedad y a nivel de las políticas de gobierno, que en su mayoría son realizadas por hombres. Si bien, se están desarrollando políticas que están enfocadas al “cambio”, la resistencia a la incorporación de la temática se hace manifiesta (dificultades para poner en práctica los programas, presupuestos, recursos, convocatorias del MSP, entre otras).

Por otra parte, se plantea la voz de quienes se encuentran al frente del Área actual. Se pretende mostrar las diferencias y las prioridades que se otorgan desde la subjetividad de cada uno.

Si bien se le otorgan prioridades a las acciones con mujeres, se incorpora un nuevo enfoque a partir del Programa del Varón, ya no como programa que apoya y transforma la salud de las mujeres, tal como se planteó en el período anterior, sino como programa que apunte a la salud del varón. “Esencialmente uno encuentra que todos los grupos de mujeres son más vulnerables que los de varones, en todas las ramas (...) por más que entre los varones haya vulnerabilidades diferentes, y entre las mujeres en sí, entonces muchas veces lo que encontramos es que tenemos lugares que siempre recaemos sobre la protección de la mujer...” (Entrevista N° 5), “...la idea de generar un Programa del varón es también tener en cuenta la salud del varón...tal vez antes se había “ocupado” de la mujer... (...) no significa que porque vaya a haber un Programa del Varón o porque se esté generando un Programa del Varón implique que volvemos a atrás, no al revés, creo que la equidad es de un lado y del otro (...) entonces no tendría sentido pensar en un Programa del varón como realzando la figura del varón sobre la de la mujer (...) estamos en un paradigma más bien de ciudadanía, de identidad de derechos, de generar derechos ciudadanos...”(Entrevista N° 6).

Uno de los entrevistados, discrepa con la posición anterior, en tanto considera que: “...la realidad te lo muestra bien claro, como que hasta ahora ha sido prioritario el Programa Mujer, eh...porque nació primero...sin ir más lejos, nació el Programa de la Mujer, y está por nacer el Programa del Varón...” (Entrevista N° 9).

En las entrevistas realizadas a responsables de programas que no integran el Programa en estudio, una vez realizado el trabajo de campo, se visualizó que no se posee una visión de género, sino que se trabaja desde un enfoque que contempla el corte generacional, en palabras del entrevistado: “...hay una priorización de la mujer en el sentido de una gran cantidad de problemáticas que tienen que ver con la mujer como las dificultades que pueden partir del embarazo, el puerperio, (...) en cuanto a varones precisamente no hay una diferenciación porque en...la parte de poblaciones priorizadas tiene una óptica más de franjas etarias que de género, o sea, están, como yo te decía, los niños, los adolescentes como tales, pero no una diferenciación en ese sentido... tal vez sea algo a pensar, revisar...” (Entrevista N° 7).

Si se analiza lo expuesto, se plantea que el logro de la igualdad no es posible si no se instrumentan políticas orientadas con el principio de equidad de género, en tanto la equidad se convierte en indispensable para alcanzar horizontes de igualdad.

Si bien, en el ámbito del Programa de Salud de la Mujer y Género se piensa en un enfoque de género, cabe preguntarse, si en la práctica se trabaja en pro de ¿equidad en este sentido (en tanto contribuye al horizonte de igualdad) o como un fin en sí mismo?

Ciudadanía

Se retoma uno de los objetivos específicos propuesto para la presente investigación, el mismo refiere a:

Conocer qué enfoque de ciudadanía guía a las políticas de salud enmarcadas en el PNSMG.

Retomando los aportes de Marshall, se parte de considerar el proceso de construcción de ciudadanía como un proceso en continua evolución, progresivo, de acumulación de derechos, que si bien se origina con el capitalismo naciente, garantizando derechos muy necesarios a éste, sigue su camino inexorablemente. Se trata de una evolución histórica en la cual se fueron acumulando derechos: civiles, políticos y sociales. Actualmente se reconocen una serie de derechos tales como el derecho a la cultura, a la educación, a la salud, garantizado este último por las conferencias a nivel internacional, entre otras, y la Organización Mundial de la Salud.

La problematización de la ciudadanía desde el ámbito de la salud, específicamente desde que asume la fuerza política de Izquierda, conlleva a que se presentaran diversas opiniones y justificaciones al respecto.

Desde uno de los responsables del período actual, se manifiesta que no existe una idea de ciudadanía como tal, se están preparando ensayos sobre la base de lo que existió, que partía desde una concepción diferente a la que se tiene actualmente. En palabras del entrevistado: "...las visiones hegemónicas no existen, existen en el imaginario, en realidad la construcción de ciudadanía es como una línea transversal que atraviesa el deber ser y el trabajo intergubernamental que está rigiendo en este momento una construcción de ciudadanía que busca básicamente estar regida por esto de la construcción de derechos y del alcance de la equidad de derechos (...) no hay una unimidad de conceptos, es como un norte (...) es un camino arduo y difícil (...) muchísima época donde no existió nada de esto, donde el paradigma era otro... una pseudo participación..." (Entrevista N° 6).

Si se considera el recorrido que se ha hecho respecto a la temática de ciudadanía, se presentan diferentes autores que han retomado el planteamiento de Marshall y han profundizado

en dicho concepto. Coutinho (2000) ahonda en la historicidad del concepto de ciudadanía, manifestando que la misma es una conquista (que implica una lucha permanente) de la burguesía en ascenso en un primer momento, y luego de la clase trabajadora. La *capacidad conquistada* a la que alude el autor, se identifica con las luchas sociales de distintas organizaciones sociales por el reconocimiento de derechos, tal como la trayectoria personal que plantea la responsable del Programa, en sus palabras manifiesta: "...cambiar la cuestión de la cultura demora trescientos años, ponele que hayamos empezado en el '85 cuando termina la dictadura, y bueno vamos poco (sonríe) se ha hecho bastante, hay muchas militantes y mucha gente consciente, pero no... ¡falta! Hay que seguir..." (Entrevista N° 1). Por tanto, cabe destacar la definición de ciudadanía que desde la corriente feminista se atribuye, ya que se presenta como una construcción que responde a luchas y compromisos indisociables de historias, tradiciones y contextos específicos, "...la ciudadanía es (...) una construcción social que se funda, por un lado, en un conjunto de condiciones materiales e institucionales y, por el otro, en una cierta imagen del bien común y de la forma de alcanzarlo. Lo que equivale a decir que es siempre el objeto de una lucha..." (Nun en Garcés, 2006: 6).

Pero en este proceso de fortalecer y garantizar niveles de ciudadanía, se consideran los aportes de Aquín (2003) en la temática, en tanto se debe incluir la esfera estatal y la esfera societal como complementarias en la constitución de ciudadanía, reconociendo que la ciudadanía de la sociedad civil "...se fortalece en la defensa de intereses, en el desarrollo de organizaciones y en la profundización de identidades colectivas. Pero al mismo tiempo afirmando (...) el papel indelegable de la política en la construcción de los cambios" (Aquín, 2003:24). Desde el ASSRR se plantea que "...son líneas de trabajo que no las debe llevar solo el MSP, ahí es clarísimo que son...la construcción de ciudadanía no pasa solo por el sector salud ¿no? más por la construcción desde lo que va de lo político a los diversos estamentos de la educación, del Estado..." (Entrevista N° 9).

Tal como se manifestó, uno de los objetivos presentes en la investigación corresponde a las concepciones de ciudadanía que desde el Programa y actual Área se establecen, sin embargo, una vez realizado el trabajo de campo se encontraron hallazgos que conducen a analizar desde una de las dimensiones de la ciudadanía, como lo es la participación.

Considerando los aportes de Coraggio, se entiende la participación como el "tomar parte de algo o en algo". Aludiendo a los programas, el algo al que se refiere, podría relacionarse con las decisiones que en materia política se toman respecto a dichos programas. Pero cabe problematizar ¿en qué nivel se toman esas decisiones? ¿Quiénes participan? Para responder a dicha cuestión, se presentan las distintas manifestaciones que los entrevistados realizaron al respecto. La responsable del Programa manifestó lo siguiente: "...el Estado no está muy bien orientado en esto, porque más que todo lo que el Estado está pensando es que en todos los lugares que se toman decisiones y se aplican políticas tiene que haber una inserción social, una participación social, y por

ejemplo acá en el Ministerio que se hizo la reestructura, la junta nacional de salud que ahora es una unidad ejecutora del Ministerio en esa junta nacional participan los usuarios ¿pero qué usuarios participan ahí? Se les dice a las instituciones, y de hecho las instituciones lo hacen, que tengan dentro de ellos un grupo de usuarios que interviene en las decisiones que toma, que en la directiva tiene que haber usuarios ¿pero quiénes son? Entonces no es lo mismo participación social que ciudadanía, y no es lo mismo preguntar a los ONG qué posición tienen (...) me parece que el Estado está entendiendo la participación social como ejercicio de la ciudadanía y me parece que es otra cosa (...) yo creo que el Estado debería revisar la intervención de la sociedad civil...” (Entrevista N° 1). Por un lado, se piensa en una participación por parte de las ONG, por otro lado, la dificultad está en que no se les está dando el lugar que deberían tener, la convocatoria es para determinados usuarios que tienen un cierto peso político en las decisiones. En esta línea, la actual responsable del Área plantea lo siguiente: “...yo creo que los temas quedan circunscriptos a una población que tiene...ya hay un interés académico totalmente distinto, no se incluye poblaciones que no tengan ese nivel académico profesional...entonces eso es lo que a mí me cuesta un poco verlo...” (Entrevista N° 5). Esto conlleva a que si no existen niveles de participación para las organizaciones, menos aún existen para la ciudadanía en general. En el caso de las organizaciones de la sociedad civil, si bien surgen en representación de los intereses de la ciudadanía, se plantea la interrogante hasta dónde se las puede pensar como tales.

Por esto, tal como plantea Coraggio, decimos que el principal problema en América Latina es de calidad, teniendo en cuenta que en general se da una participación pasiva y subordinada en los procesos de toma de decisiones y en la gestión. En este sentido, reconoce al sistema político como uno de los principales sistemas de participación a nivel nacional. El autor entiende que estos son percibidos por los sectores populares en su vida cotidiana, como “naturales” y por lo tanto fuera de su control (Coraggio, 1989).

¿Se genera ciudadanía a nivel de la población?

“...En realidad lo que yo estoy convencida que genera es la transmisión de que la población tiene derechos, si la transmisión de que la población tiene derechos es crear ciudadanía sí crea ciudadanía, yo creo que crear ciudadanía es más amplio, es decir bueno, yo tengo estos derechos y si sé cómo utilizarlos pero la ciudadanía también es yo considero que tengo estos otros derechos o que los debo tener de esta otra forma y eso es lo que realmente no se está creando, esa segunda parte...o sea se está como respetando los derechos del usuario o haciendo que se respeten los derechos del usuario de las cosas que están proclamadas en las leyes, pero no se está creando como un espacio reflexivo de cuáles son: esto que yo tengo, me sirve, no me sirve, quiero que sea otra cosa...” (Entrevista N° 5). Siguiendo la clasificación realizada por Coraggio, el PNSMG se correspondería con el tercer nivel de participación en la vida social, en tanto es “...el mundo de la política, el mundo donde se construyen identidades colectivas importantes. Es en este nivel donde se da la reproducción y el eventual cambio. Se lograría superar la particularidad,

buscando objetivos que trasciendan". A su vez, conduce a preguntarnos cómo se llega a generar participación en un primer nivel, en tanto se logren cambiar las concepciones que la población tiene. Se piensa en leyes pero no en que sea incorporado críticamente, es necesario incidir en las subjetividades de las personas para que no sea necesario imponer acciones desde lo normativo, desde un corpus más general que no sea comprendido o asumido con conocimiento. Para ello se cree que son necesarios los espacios de reflexión colectivos, que contribuyan a apropiarse y conocer, desde ahí sí poder elegir. Esto es lo que está faltando, se están diseñando los programas en un cierto nivel de élite política.

En este sentido, agrega uno de los entrevistados: "...el movimiento de mujeres tuvo mucho más peso en la administración pasada que en la actual, en la actual el modelo médico paternalista, desde el Ministerio tomo el poder y ha sido muy rígido en algunas cosas (...) todas esas comisiones que eran convocadas por la Ministra a través de nuestro Programa nunca más se convocaron, y han aparecido muertes maternas y esas comisiones no han sido convocadas...y precisamente algunos actores representantes de la Universidad sobre todo y de algunos actores que estaban invitados pero sucesivamente se excusaban y no participaban en el período anterior ahora están dirigiendo el área...es que vos sabés que en este país desafortunadamente por más que es un país chico y que se dice que es un país solidario, eh...las chacritas se mantiene y la cuota parte de poder que cada uno puede tener la trata de magnificar y de hacer sentir sobre los demás..." (Entrevista N° 4).

Cabe destacar la voz de aquellos responsables que manifestaron posiciones divergentes respecto a las anteriormente mencionadas.

El responsable del Programa del Varón del anterior período manifestó que: "...el campo de la salud y los determinantes sociales de la salud exceden al papel de un Ministerio de salud y más aún a lo de un programa de un Ministerio. Ese no era el objetivo del programa (...) Promovió el derecho a la salud de las mujeres..." (Entrevista N° 2). Los objetivos del Programa no se centraban en la ciudadanía y su promoción, si considera que se promovió un derecho, pero no se pensó en ciudadanía.

A su vez, otro integrante del período anterior planteó que no se trabajó considerando la perspectiva de ciudadanía, en sus palabras: "...bien creo que eso era una línea en la que no se trabajó, estaba en el discurso, pero no efectivamente en la práctica..." (Entrevista N° 4). Nuevamente tensiones entre lo real y el discurso.

En una tercera parte, se destaca la voz de aquellos responsables que admiten no trabajar en esa línea (en contraposición al discurso institucional, en la realidad no forman parte del Programa), en algunos casos llegándola a desconocer.

"...qué interesante, no la había pensado por ahí...", se indaga si forma parte de los objetivos del Programa de Salud Mental, aludiendo: "Si...si...es uno de los objetivos, y además es uno de los objetivos básicos..." (Entrevista N° 7).

"...qué pregunta más difícil...a ver explicame un poquito...viste que el lenguaje tuyo es diferente que el mío (...) ¿pero qué quiere decir ciudadanía? (...) "Ah yo creo que sí, es difícil, pero creo que sí, o quizá más que sí, viste ahora estoy pensando, repensando, es interesante tu entrevista, este...creo que debería ser un objetivo el tener una ciudadanía, un ciudadano integral, integrado a la sociedad y a la problemática de la sociedad..." (Entrevista N° 8)

Que se piensen cosas distintas, en algunos casos que se las desconozca ¿qué nos está queriendo decir?

En lo que concierne a si el Programa genera ciudadanía, manifiestan lo siguiente:

"Sí, claro, el Programa y otros Programas también, en la medida en que se van poniendo en marcha, la capacitación de violencia, el cumplimiento de las metas del Ministerio y todo eso va generando...es muchísimo lo que ha sucedido en siete años..." (Entrevista N° 1).

"Yo creo que aporta a generarla..." (Entrevista N° 3).

"Sí, quizá no todo lo que uno quisiera por las dificultades que tiene desde el punto de vista de recursos humanos, materiales, etc., etc., pero tratamos de darle dentro de las acciones que tenemos elementos que hagan a la construcción de ciudadanía (...) tenemos las ventajas y las desventajas de un país chiquito y con un Estado que en algunas cosas es un Estado sobredimensionado y en otros sectores falta gente..." (Entrevista N° 9). Se vincula el alcance de lo que puede generar con los recursos que se brindan al sector.

En cuanto a las estrategias de promoción de ciudadanía, se plantea lo siguiente:

"Y bueno la tarea que tienen los Programas es hacer las normativas, entonces a través de una normativa potente que haya que cumplir y con una buena auditoria, vas de alguna manera obligando a cambiar las cabezas..." (Entrevista N° 1)

"...Publicaciones, conferencias, actividad parlamentaria, influencia sobre decisores en política pública, alianzas con el movimiento de mujeres, capacitación de técnicos/as, investigaciones". (Entrevista N° 2)

"...el modelo que se promueve y desde ahí el tipo de trabajo que se hace con los equipos, digamos, la idea de alguna manera tiene que ver con favorecer una atención que sea transformadora en eso y que apunte a generar otras condiciones..." (Entrevista N° 3)

"Así a priori no sé (...) Poder hacer que la gente pueda como conocer primero que nada y adueñarse de esos derechos y pelearlos..." (Entrevista N° 6)

“...a través de los mensajes que se hacen en los materiales dirigidos a la población, hasta las actividades que se coordinan con otros sectores del Estado, de la sociedad civil, de instituciones gubernamentales o no...” (Entrevista N° 9).

Se proponen diversas estrategias, aunque algunos de los responsables no tenían claridad respecto al tema, conduce a pensar que en la práctica la temática no se está implementando de la misma forma a como se manifiesta en el discurso.

Se debe pensar a la ciudadanía como un término ambiguo, si bien se presenta como un corpus de derechos y obligaciones contiene implícitos objetivos que se basan en el control de la población en todas sus expresiones. Si pensamos cómo surge la ciudadanía como tal, cómo nacen los derechos, por qué se conceden, y los intereses individuales que se esconden por detrás, va a permitirnos pensar y comprender éste planteo.

Tercer eje analítico:

En el presente análisis, se toma al Estado como el que engloba el análisis hasta el momento desarrollado, en tanto coloca en interrelación al Programa y a las concepciones que lo fundamentan, siendo género y ciudadanía.

Para comenzar a analizar la estructura estatal en la cual se desarrolla el PNSMG, se considera uno de los objetivos a los que se pretende responder:

Identificar las diferencias que expresamente se buscan establecer con las políticas de gobiernos anteriores y las razones de las mismas.

Para dar respuesta a dicho objetivo, a continuación se recoge lo expresado en las entrevistas.

Continuidad en los lineamientos: 1° y 2° período

Desde los integrantes del área actual se podría decir que si existe continuidad con los lineamientos del Programa. Incluso la permanencia de dos de los responsables del anterior período materializa, para muchos, esta continuidad, "...hay continuidad y más profundidad, a veces la segunda parte es la más difícil de todas, primero ¡boom! Salís, pero después hay que cumplir todo, entonces a veces es más difícil..." (Entrevista N° 1). En este sentido, uno de los entrevistados manifiesta que "...la gente que de alguna manera retoma un poquito todo este tema viene del mismo Programa, de hecho Cristina Grela queda con la parte de género acá en el Ministerio (...) género atraviesa todo el Ministerio y no solamente las políticas sobre mujer, entonces ella trabaja y bueno comparte muchas cosas con nosotros, está muy cercana, y...algunos de los técnicos que estaban siguen estando acá asique busca una continuidad y se incorporó otro montón de gente..." (Entrevista N° 6).

En lo que refiere a los lineamientos se manifiesta que: "...hay líneas que se siguen y se mantienen y se van agregando otras, y hay otras líneas que se mantienen en stand by porque ya hay mucho de avanzado y bueno se hace una vigilancia de las acciones que se van desarrollando...pero si está claro, es más sin ir más lejos, gran parte de los integrantes de ese Programa todavía siguen vinculados al Área..." (Entrevista N° 9).

"Si, lo que pasa que hay funciones que cumple el área, y otras funciones las cumple el Programa de la Mujer, por ejemplo uno de los problemas es que el Programa de la Mujer está integrado por una sola persona y no hemos logrado que nos transfiriera más personal (...) El ASSRR tiene sobre sus espaldas todo lo que tiene que ver con los servicios de SS y RR y (...) el Programa de la Mujer tenía como ramas de trabajo, esto sería: lo de mujer lo hace el Programa de la Mujer..." (Entrevista N° 5). En el segundo período, se estructuran de forma tal que el Programa

de la Mujer cumple las funciones que el PNSMG tenía en el anterior período, lo que concierne a la salud sexual y reproductiva, está comprendida dentro del Área.

En cambio, algunos de los integrantes del anterior período, que actualmente se encuentran fuera del Ministerio manifiestan que no existe continuidad, en palabras del entrevistado: “No, por lo poco que conozco no hay nada de continuidad, son dos corrientes totalmente distintas y hubo un quiebre marcado, me parece a mí (...) en la actual el modelo médico paternalista, desde el Ministerio tomo el poder y ha sido muy rígido en algunas cosas...” (Entrevista N° 4).

Si bien, desde la voz de los entrevistados, la mayoría manifiesta una continuidad entre ambos períodos, su cambio de nombre da cuenta de cambios en su interna. De PNSMG a ASSRR. En el primer período muestra que la importancia es hacia las mujeres, género aparece como algo que se agrega posteriormente. Es un enfoque que profundiza en la mujer y agrega la figura del varón para contribuir a romper con determinadas construcciones sociales. Retomando lo que plantean diversos autores, se realiza una crítica al igual uso que se le da al término mujeres y género, principalmente desde la corriente feminista.

En el segundo período, el ASSRR alude principalmente a derechos sexuales y reproductivos, pero no solamente de la mujer, por ello se piensa en un programa del varón. Quiere intentar englobar la salud del hombre y la mujer, la de los dos con equidad, sin ser exclusivo de la mujer, “...la condición sexual, es una condición propia, humana, no tenía sentido que estuviera tan compartimentada...” (Entrevista N° 6). Si bien marca una diferencia, ya que anteriormente, lo reproductivo se vinculaba a la mujer y ahora se vincula a la mujer y el hombre, se debe considerar los recursos que en la práctica se destinan, lo que conduce a pensar hasta qué punto se incorpora al hombre. “...si vos a los otros Programas no les das cabida dentro del Ministerio a la hora de escuchar su voz, salvo que lo convocas a reuniones que tienen poca trascendencia y le asignas pocos recursos no hay Programa que pueda existir...” (Entrevista N° 4), conduce a pensar que la fuerza instituyente lo es en el plano discursivo, no así en la práctica y desarrollo de los programas.

Diferencias en los programas enmarcados en gobiernos de izquierda y de derecha

En lo que refiere a las diferencias de los programas actuales con programas que se enmarcaban en políticas de períodos y gobiernos anteriores, se presentan dos posturas: por un lado los que justifican que si existen diferencias, y por otro lado los que manifiestan que no las hay.

Diferencias en el enfoque, en palabras de los responsables del PNSMG, manifiestan que:

“Si completamente, antes estábamos en un materno infantil, después hubo un esbozo de mujer y niñez, pero con muchas dificultades de verlo desde la perspectiva de género...” (Entrevista N° 1), otra de las entrevistadas agrega: “Y de hecho no estaban...con lo cual no hay con qué comparar...” (Entrevista N° 3).

No solo hubo un cambio de paradigma, por otra parte "...la izquierda desarrolló una reforma de la salud que generó mayor equidad social, mejoró la accesibilidad e incorporó temáticas novedosas y logró disminuir aspectos que se encontraba muy cercanos a los intereses creados y por lo tanto a la corrupción (...) La fuerza política que asume el gobierno, se encuentra comprometida en el discurso con los cambios en las relaciones de género, aunque en ella persisten aspectos tradicionales y contradictorios. El gobierno fue de centro – izquierda y fue contra la voluntad popular y su electorado en relación a la despenalización del aborto. Se avanzó en varios aspectos de normatización y de articulación con ASSE para la implementación de servicios de salud reproductiva. Un gobierno de izquierda auténtico difícilmente argumente contra el aborto como lo hizo la ministra en apoyo al presidente de la república" (Entrevista N° 2). Se cambió el paradigma en el que venía centrando el Ministerio, aunque los cambios se vieron limitados por el enfoque ideológico de quien en ese momento fue el mandatario de la presidencia. Cambios y retrocesos.

Los responsables del actual ASSRR, manifiestan por su parte lo siguiente:

"Sí, porque en las políticas de gobiernos anteriores tenían en forma muy importante las perspectivas de la relación materno-infantil, y hoy en día es la perspectiva de los derechos reproductivos de la mujer, por ejemplo, y los derechos sexuales de la mujer, los derechos reproductivos del varón y los derechos sexuales del varón (...) existe como una priorización de que las acciones no sean exclusivamente hacia el sector público, que las acciones sean para el sector público y privado..." (Entrevista N° 5), "...hoy sería imposible estar pensando en un Programa del varón si no hubieran pasado estos cinco años de trabajo serio a nivel del Programa de la mujer, que esto de separar roles, separar proyectos de vida, esto de pensar la mujer, antes se llamaba Programa materno infantil, creo que esto permitió toda una línea de trabajo de poder pensar a la mujer como ser humano en sí mismo independientemente de su maternidad..." (Entrevista N° 6).

"Y si...hay si un cambio en la forma en cómo se mira en términos de género, un término como ese, que yo creo que muchos gobiernos no abordaron el tema de género, de ninguna manera, ni el tema mujer...si hay un cambio sustancial (...)hay una reforma de la salud (...) Ya partimos de que el MSP ya no es un prestador de salud sino que es una autoridad sanitaria, un regulador, ¿ta? (...) partimos de la base de que existe ASSE y existe otros prestadores (...), pasa por una reforma de lo que es el modelo sanitario, apuntando al primer nivel de atención, a la prevención, lo cual lleva toda una inversión bien importante de dinero, y al desarrollo de Programas, de Programas estratégicos, de Programas que busquen justamente aprovechar una oportunidad que se está brindando hoy en día de tener un sistema integrado por lo tanto esas acciones caen sobre un sistema integrado que tiene que responder, que antes no existía, este...y a un cambio del modelo de atención que ese sistema integrado y las autoridades de ese sistema tratan de imponer a los

prestadores de salud (...) antes había acciones muy puntuales pero no Programas y líneas claras...si hay un antes y un después respecto de eso..." (Entrevista N° 9).

En lo que refiere a los entrevistados que plantean que no hay diferencias, manifiestan lo siguiente:

"... ¡yo creo que no! Porque es una cosa interesante que se dio, y aquí empieza a tener juego el rol de las mujeres...no porque los Ministerios anteriores estuvieran bien inspirados y tuvieran claro, por eso yo te decía que aprendí muchísimo con las mujeres, pero las mujeres de la Sociedad Civil organizada, tenían una capacidad mayor de influencia en los gobiernos tradicionales que en el gobierno de izquierda, totalmente (...)en los años que nosotros estuvimos con Cristina, las mujeres en los primeros años hasta que empezaron a tener las disyuntivas sobre todo por el tema aborto y eso fue en la parte final, cooperaban mucho pero no cuestionaban tanto o cuestionaban a la interna pero no salían afuera, cosa que antes si pasaba..." (Entrevista N° 4). Retomando los aportes de Mirza y Pérez (2006), manifiestan que "...actualmente, los movimientos sociales uruguayos intentan perfilarse con autonomía respecto al gobierno, visto sus importantes coincidencias a lo largo de las últimas décadas, tanto desde el punto de vista programático como incluso de orden estratégico e ideológico (...) exige a los actores sociales colocarse en un papel propositivo sin perder la capacidad de crítica, de demanda y reivindicación". (Mirza y Pérez, 2006: 24). Desde lo planteado por los entrevistados, se plantea lo contrario, en tanto no se han logrado niveles de autonomía respecto al actual gobierno. Cuando asume el Frente Amplio, los sectores de la Sociedad Civil Organizada que tiene peso en decisiones políticas, no protestan y tienen acciones pasivas. Esto, conduce a pensar, que el ser parte de la lucha social junto con la fuerza política de izquierda, los lleva a no enfrentar ni presionar.

Por otra parte, uno de los entrevistados presenta una visión crítica de la relación Estado-Sociedad Civil, mostrando cómo se despliega en la práctica, "...cosas que uno se termina enterando cuando habla con otros actores políticos en niveles de confianza y fuera y cuando las cosas no se pueden cambiar...por ejemplo yo hablé con una persona clave del Ministerio pasado, claro cuando estás en una reunión distendido, en otro ambiente, surgen cosas como te dicen: no, no, nosotros pusimos a Cristina exclusivamente para que la sociedad civil no molestara con el tema del aborto, entonces vos ahí empezás a desconfiar más de los actores políticos..." (Entrevista N° 4).

Si se piensa en las diferencias de las políticas enmarcadas en los gobiernos de izquierda y los de derecha que lo precedieron, la gran diferencia que predomina en el discurso de los entrevistados, refiere al cambio de paradigma y enfoque, desde una perspectiva que se centraba en la relación materno-infantil a otra perspectiva que concibe a la mujer independientemente de su maternidad. La inexistencia de programas con las características de los que existen actualmente da

cuenta del cambio de paradigma, donde a su vez prevalecen los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres.

Los cambios se centran no solamente en la incorporación de concepciones como género y términos como mujer, sino también en las modificaciones al funcionamiento del Ministerio a partir de la reforma de la salud.

Si bien, no se manifiesta desde el discurso de los entrevistados, se debe considerar uno de los aspectos que da cuenta de la diferencia entre una y otra modalidad de políticas, basado en el modelo de Estado y protección social que cada fuerza política, de acuerdo a su orientación, promueve. Es así que prevalecen dos tipos de estados: Estado neo-liberal y Estado de bienestar.

El contexto que enmarcó a la década de los noventa se caracterizó por el desarrollo de políticas neoliberales. Dicho paradigma neoliberal se caracterizó en la regulación de la sociedad por parte del mercado, privatizaciones, tercerizaciones de servicios, lo que conllevó a que se deteriorara la participación del Estado en la rectoría y prestaciones sociales (lo que se denominó "achique del Estado"). Midaglia (2007) plantea que el carácter de las reformas que tienen lugar en la década de los noventa, son "moderadas" (...) La resultante de dicha moderación conllevó a que el país en 2005 se caracterizara por tener un sistema de protección y seguridad híbrido (Midaglia y Antía, 2007). La autora se refiere al término híbrido en tanto "...conviven servicios semi-privatizados, con otros en los que se acentuó la intervención estatal, a los que se anexan nuevas prestaciones de tipo focalizado que poseen un formato mixto de implementación, es decir, de coparticipación público-privado. A esta variedad de orientaciones y pautas de gestión se agrega una significativa dispersión de los servicios al interior del entramado institucional público". (Midaglia y Antía, 2007: 136).

Retomando lo que plantean los entrevistados, se alude a que hay elementos que se mantienen y otros se incorporan actualmente. Por lo tanto, en la práctica, la poca fuerza que se le da al discurso que viene siendo instituyente, lleva a que sea desplazado por lo instituido. Es relevante analizar este proceso, mantener una vigilancia constante y ver si realmente está siendo innovador.

Estado. Estructura y fines

Al analizar la continuidad entre un primer y segundo período, y las diferencias manifestadas entre los enfoques del gobierno actual y los de gobiernos anteriores, se considera necesario aludir a la estructura estatal en sí misma, independientemente del gobierno de turno.

En lo que respecta al rol de Estado, se indagó sobre cuál se consideraba que era su rol en la implementación de políticas, específicamente respecto a la temática de salud. Retomando la voz de los entrevistados, se encuentran diferentes planteos al respecto: por un lado al Estado se lo concibe como el garante de los derechos, a su vez, "...el Estado tiene que dar primero las líneas de

políticas de salud, segundo velar por la coordinación y el cumplimiento de esas líneas, y tercero la evaluación, la evaluación de qué pasa si esas líneas son beneficiosas o no...para mi esas son las tres funciones..." (Entrevista N° 8).

Por otro lado, se identifican dos roles a los que no puede renunciar: su rol de rectoría y al control de la ejecución, en esto último "...evidentemente lo que debe asegurar ahí es que toda la población más vulnerable y todas las inequidades en la franja tanto etaria como en población que está en más vulnerabilidad, que puedan tener los mismos derechos que la franja que de repente no está tan vulnerable..." (Entrevista N° 6), "...no es el Estado el que define qué es lo que se hace y qué no, pero es el líder natural en la implementación de acciones que hagan al género, que hagan a la salud, o que tiene que hacer es reunir a los actores, definir prioridades, lograr consensos, y después implementar acciones, a veces no es el Estado el que las implementa pero es el que tiene que hacer que quienes la tienen que implementar la lleven adelante (...) y después tiene que ser el líder natural en todo eso sin duda..." (Entrevista N° 9).

De acuerdo a lo manifestado, las bases en las que se inspiran las distintas políticas, toman los elementos que se enuncian en las Conferencias a nivel internacional, "...el Estado tiene que respetar los acuerdos internacionales no? esta el Cairo, la CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer), esta Beijing, hay muchos lugares en los que se pasó a un nuevo paradigma, entre los 90 y el 2000 se pasó a un nuevo paradigma que salió de la necesidad a los derechos, entonces cambia todo y el propio Estado a veces no se da cuenta, cree que es igual, y de repente se topa con estas cuestiones que son internacionales que le piden cuenta de y ahí dice: ha no, ¿qué pasó?! Entonces a pesar de que es un gobierno de izquierda, que impulsa la igualdad de derechos y la igualdad de posibilidad de las personas, colocar el análisis de género en todo eso es lo que tenemos de tarea..." (Entrevista N° 1).

"...el Estado es el que ha firmado todos estos acuerdos internacionales que tienen carácter de ley pero que el Estado las desconoce independientemente del gobierno de turno, y eso pasa en todos lados, si los gobiernos reconocieran las cosas que firman los Estados estarían garantizando una cantidad de cosas que a esta altura hubieran mejorado la calidad de vida de todos sus ciudadanos, pero desafortunadamente volvemos a lo que hablábamos hoy del discurso, es muy lindo firmar un acuerdo que sale en los noticieros, que te da popularidad, pero que después no lo efectivizas..." (Entrevista N° 4)

"...Si, se evalúa, pero... (Sonríe irónicamente)...es que los Estados no siempre dan información concordante con lo que los ciudadanos piensan que pasa, para no decirte otras cosas (...)los países comunican, pero no siempre comunican lo que realmente está pasando... a veces no es por mala intención, algunas veces si es por mala intención (...), no quedó la historia institucional previa y el que viene nuevo no tiene la experiencia en el tema y empieza a improvisar (...) ese es el problema cuando las instituciones no guardan la memoria institucional...pero bueno es lo que paso acá en el Uruguay no creo que sea mal intencionado..." (Entrevista N° 4)

Si bien se manifiesta lo que se piensa respecto al rol del Estado, desde actores que se encuentran dentro de la estructura estatal, cabe cuestionarse los lineamientos últimos, implícitos en su accionar.

Para ello, se retoma los aportes que realiza Foucault (1978), quien plantea que en las sociedades actuales se vive la era de la gubernamentalidad, la cual se entiende como “un conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten ejercer esta forma específica de poder, que tiene como blanco la población, por forma principal de saber la economía y por instrumentos técnicos esenciales los dispositivos de seguridad” (Foucault, 1978: 175). Dicho proceso gubernamentalizador del Estado conlleva a que el cuerpo individual y el cuerpo social se conviertan en objetos de regulación, individuación y normalización.

Si bien, las políticas públicas se definen como *directrices que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico*, en las que prima el interés colectivo por sobre el interés particular, se presentan trasfondos que apuntan hacia otros fines.

Si se piensa en las políticas públicas actuales, principalmente en las políticas de salud, se debe pensar los diferentes controles que se establecen, y las distintas campañas de prevención que realiza bajo una nueva forma de poder estatal: la biopolítica, entendida como “...una determinada economía del poder (...) que apunta a las diversas prácticas, destinadas a controlar individuos y colectivos y a generar las formas de auto-gobierno que se pretenden alcanzar...” (Foucault en Di Martino, s/d), en tanto se trata de controlar y regular a la población, en donde el ejercicio del poder gubernamental estatal logra fomentar por un lado, el auto gobierno o gobierno de sí, y por otro lado, la conducción de la conducta de los otros, o lo que es el gobierno de una nación. “La disciplina no puede identificarse con una institución ni con un aparato. Es un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, implicando todo un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de metas; es una física o una anatomía del poder, una tecnología”. (Foucault, 1989:218). El fin último es lograr que tanto la disciplina como el control de sí, sean interiorizados.

El responsable actual del Programa Integral de la Mujer, manifiesta que el Programa se centra en “...empoderar a la población de sus derechos y también de inculcar la responsabilidad como ciudadanos que debemos tener en cuidarnos a nosotros como individuos y cuidar a la familia que es la unidad básica que tenemos y cuidar el entorno, que va desde el cuidado del medio ambiente hasta lo que se te ocurra (...) promover todo lo que es el autocuidado, el cuidado de la sociedad...” (Entrevista N° 9). En palabras de Heller se hacen notorios los trasfondos en que se enmarcan las políticas de salud, a saber: “...la política de la salud tiene éxito en general en la medida en que trasplanta un sentimiento de culpa masivo, que es requisito previo para que triunfe en la psique del individuo esa vía de “disciplina y castigo” (Heller y Fehér, 1995:77). Este

pensamiento de los autores se encuentra en sintonía al planteo que realiza Foucault y las conceptualizaciones que realiza al término de gubernamentalidad.

Esta forma de ejercicio de poder se fundamenta en la desinversión por parte del estado, en tanto este economiza, racionaliza, optimiza cada vez más sus energías, sirviéndose de y apelando a la energía de los gobernantes mismos para gobernarlos mejor. En tal sentido, se visualiza un desplazamiento desde formas formales hacia formas informales de gobierno, donde el Estado ahorra energías al crear políticas de carácter preventivo, en tanto sobrellevar las consecuencias sería muy costoso. Este aspecto se visualiza en la creación, a partir de la reforma de la salud, de distintos niveles de atención, en tanto se piensa en un primer nivel de atención que apunte a la promoción y prevención de la salud. Vinculado a lo anterior, una de las responsables encargada del Programa del Cáncer, manifiesta al respecto: "...el otro día tuvimos un expediente que me lo pasaron acá, de una señora que fue a trabajar y dice que no quiere hacerse la mamografía porque dicen que la irradian (...) entonces qué obligación tenemos nosotros, y ahí hay una disposición, un reglamento que dice que se la tiene que hacer, entonces eso que tu planteas, hay como una libertad individual de la señora que no se la quiere hacer, y si no se la hace no le dan el carné de salud, y si no tiene el carné no puede ir a trabajar, este...entonces bueno (...) habría que sacarla como obligatoriedad, pero yo creo que si la población está bien capacitada, bien educada, ya sabe, entonces naturalmente se lo va a ir a hacer, sin necesidad de darle una obligación..." (Entrevista N° 8).

"Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida. Gobernar, en este sentido, es estructurar un campo posible de acción de los otros"¹³ (Foucault, 2001: 253-254).

Se considera pertinente complementar la mirada con los aportes que realiza Bustos Ramírez (1983), el cual realiza un estudio sobre la ubicación temporo-espacial del tipo de estado visualizando las funciones que dicho Estado priorizó. Plantea que el cambio que se da a nivel de los Estados, del "*control de la ideología*" a la "*ideología del control*", en tanto el control ya no se centra en el cuerpo de los individuos, si no que su fundamento se basa en el control de la mente. El cambio en las estructuras de la sociedad conlleva a que también se desarrolle un cambio en cuanto al control ejercido a la población.

Por tanto, para visualizar el comportamiento disciplinador y controlador que presentan las estructuras del Estado a través de las Políticas Públicas que se implementan, se considera pertinente conocer el devenir que en distintos periodos históricos ha configurado la forma en que el Estado se presenta ante los ciudadanos.

Foucault alude a que "...uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX fue y es lo que podríamos llamar la consideración de la vida por parte del poder; por decirlo de algún modo, un

¹³ Lo que plantea el autor se puede colocar en sintonía con el concepto de "campo de los posibles" planteado por Sartre.

ejercicio del poder sobre el hombre en cuanto ser viviente, una especie de estatización de lo biológico o, al menos, cierta tendencia conducente a lo que podría denominarse la estatización de lo biológico". (Foucault, 1976: s/d).

En el feudalismo se aludía a un poder de soberanía, y actualmente se alude a un poder sobre la vida. "El establecimiento (...) de esa gran tecnología de doble faz —anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida— caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente". (Foucault, 1978:171)

A partir de lo expuesto, se menciona que en las políticas de salud se coloca énfasis en la biopolítica, en tanto se ejercen controles sobre el cuerpo, principalmente al cuerpo femenino, ya que el devenir histórico ha marcado fuertemente este componente de control hacia un sector de población específico: las mujeres. Esto ha conllevado a la imposición de disposiciones que transgreden las decisiones y elecciones que las mismas mujeres pueden tener sobre sus propios cuerpos, lo que conduce a pensar y problematizar la ciudadanía que se promueve a partir de dichas políticas.

Esto conlleva a problematizar la idea de si existe algún Estado que actualmente en sus planes gubernamentales no contemple los aspectos relativos a la biopolítica, es decir, a los procesos que forman parte de la vida.

¿A qué libertades individuales podemos referirnos?

Sin embargo, se debe pensar en que siempre hay un margen de libertad, al entender de Sartre "un campo de los posibles", que nos permite modificar y dejar una brecha al cambio. Es en el seno de las contradicciones donde se vislumbra ese margen de libertad, la cuestión refiere a cómo escapar a las mismas.

Capítulo VI: Consideraciones finales

Para concluir la presente investigación, considero hacer una evaluación del logro de los objetivos específicos propuestos.

Se puede decir que se dio cumplimiento al logro de los objetivos específicos, contribuyendo a la producción de conocimiento respecto a las concepciones teóricas que fundamentan al PNSMG y la actual ASSRR. Es así que a continuación se realizará un racconto de los principales hallazgos que yacen a la luz a partir del trabajo de campo y su posterior análisis.

En lo que refiere al cumplimiento del **primer objetivo específico**, se concluyó que los que estuvieron al frente del primer período, presentan mayor conocimiento y entendimiento sobre la temática en cuestión. Se puede considerar como una debilidad dentro del ASSRR, en tanto las fallas presentes en el discurso colocan en duda la incorporación del tema. Esto conduce a cuestionarse la idea de que la fuerza instituyente sea absorbida por la fuerza instituida al colocar a cargo de los programas a responsables que no tienen pleno conocimiento respecto al nuevo enfoque. Son programas que se llevan adelante por los compromisos que los Estados asumen, en tanto se les tiene que dar respuesta a dichas presiones internacionales, las que actúan como freno a las intenciones reales de quienes incorporaron el nuevo paradigma en el MSP a través del PNSMG.

La incorporación de la perspectiva de género se da a partir del pedido de quien estuvo a su cargo en el período pasado. Dentro del MSP se desconocía e ignoraba dicho enfoque (visible en el hecho de que previo al PNSMG se trabajaba desde un enfoque materno-infantil), incorporándose por las obligaciones y presiones internacionales que se imponen a los Estados.

Esto conlleva a pensar lo siguiente: ¿Cuáles son los fundamentos reales que movilizan la inclusión de estas temáticas? Por un lado, está presente la fuerza instituyente y los cambios y/o cuestionamientos que provoca a la estructura ya consolidada, por otro lado, se ponen en juego las obligaciones de los Estados a nivel internacional. De esta manera, generan contradicciones que ponen en tela de juicio los fundamentos reales que movilizan los cambios.

Cabe destacar, que algunos de los programas que se entrevistó, funcionaban independientes y su creación era anterior al PNSMG. Surge así, el cuestionamiento respecto a las descoordinaciones y desorganizaciones presentes en los programas del MSP, o de lo contrario, se cuestiona si éste último se presenta de manera tal que no coincide con su funcionamiento real. Se presenta así una nueva interrogante respecto al funcionamiento del Ministerio, y a la poca continuidad que demuestran tener los programas en los distintos períodos.

Actualmente se apunta, desde el Programa y actual Área, a objetivos centrados en la equidad, lleva a cuestionarse si en la realidad implica que se llegue a los mismos, lo que lleva a cuestionar uno de sus fundamentos: ¿tienden las políticas en salud y género hacia la equidad? ¿En

qué sentidos? A su vez, la igualdad de género ¿se presenta como utopía desde las fuerzas políticas de izquierda o es un concepto ya olvidado?

Vinculado a lo anterior, se reconoce que históricamente las intervenciones del ámbito médico fueron enfocadas a la mujer, siguiendo en la actualidad la misma línea. Genera la interrogante de si estas acciones no perpetúan la relación que social y culturalmente se establece respecto a cuerpo femenino-intervención médico estatal, generando a su vez inequidades y desigualdades en este ámbito ¿Más acciones significan más equidad?

Otro aspecto a problematizar, refiere a que siempre el cambio social se coloca sobre la mujer, si bien es la oprimida, no se está pensando (lo suficiente) ese cambio desde los hombres.

La visión androcéntrica existió no solo en el ámbito médico, sino que se expresó en todos los niveles de la vida social. Los “cambios” que actualmente se están desarrollando a través de estas políticas, se ven impedidos (falta de recursos, convocatorias, presupuestos, dificultades para poner en práctica los programas, etc.) haciéndose manifiesta la resistencia a la incorporación de la temática.

¿A qué igualdad se apuesta cuando no se garantiza a los programas los recursos ni sostén para poder permanecer?

En lo que refiere al **enfoque de ciudadanía**, se presentaron diversas opiniones y justificaciones al respecto.

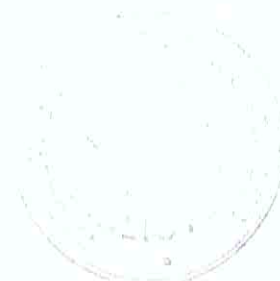
Si bien, el presente objetivo se centraba en las concepciones de ciudadanía que desde el PNSMG y actual Área se establecen, al realizar el trabajo de campo se obtuvieron hallazgos que condujeron a que se pensara en una de las dimensiones de la ciudadanía: la participación.

Pero ¿de qué participación hablamos? ¿A qué nivel?

Considerando la voz de los entrevistados, se puede aludir a una participación centrada en una “élite política”, en tanto se excluye de la participación a sectores de la Sociedad Civil Organizada. Si no existen niveles de participación para las ONG, ¿qué niveles de participación se habilitan para la ciudadanía en general?

Esto conduce a que se problematice el cómo se posibilitaría la participación en estos niveles. Desde la órbita estatal se está pensando en leyes, pero no se está pensando en cómo ser incorporado críticamente por la ciudadanía. Se consideran necesarios los espacios de reflexión colectivos, que contribuyan a apropiarse y conocer, desde ahí sí poder elegir.

Se parte de pensar a la ciudadanía como un término ambiguo, si bien se presenta como un corpus de derechos y obligaciones contiene implícitos objetivos que se basan en el control de la población en todas sus expresiones. Estas expresiones de control no son percibidas, y muchas veces, no son cuestionadas en la vida cotidiana de las personas.



En lo que refiere al **tercer objetivo específico** propuesto, la gran diferencia que predomina en el discurso de los entrevistados entre políticas actuales y de gobiernos pasados, refiere al cambio de paradigma y enfoque, pasando desde una perspectiva que se centraba en la relación materno-infantil a otra perspectiva que concibe a la mujer independientemente de su maternidad. Claramente, estos cambios a nivel de enfoque y a nivel de la reforma de la salud en la que se enmarcan, debe ser comprendida a la luz del cambio de modelo estatal que se promueve desde la fuerza política de izquierda.

Si bien, se incorporan nuevas temáticas y elementos que se ponen en cuestión, en la práctica, la poca fuerza que se le da al discurso que viene siendo instituyente, lleva a que sea desplazado por lo instituido. Presentándose una tensión constante entre ambas fuerzas.

Otro aspecto importante que surge en el discurso, refiere a la poca presión que tiene la Sociedad Civil actualmente, a diferencia de cómo se manifestaba en gobiernos de derecha. Conduce a pensar que, el ser parte de la misma lucha social que la fuerza de izquierda los lleva a no presionar ni a enfrentar en sus posicionamientos.

Por lo anteriormente mencionado, cabe preguntarse en qué medida estos discursos son críticos e interpelan lo establecido o son "más de lo mismo". Se pone en cuestión si los cambios que se generan en la realidad no son más que nuevos dispositivos de control.

¿Existe algún Estado que actualmente en sus planes gubernamentales no contemple los aspectos relativos a la *biopolítica*?

Retornando a la dimensión investigativa del Trabajo Social, tal como se planteó al comienzo de la presente investigación, cabe destacar, el lugar en el que históricamente se ha colocado a la profesión, como una profesión del "...*hacer más que del conocer*", presentándose la dimensión investigativa como necesaria para problematizar y poseer una visión crítica de la realidad social concreta en la que nos insertamos los profesionales. En tanto "...esta dimensión se constituye (...)" en un proceso de movilización intelectual que apunta a problematizar aquellos procesos naturalizados, aceptados socialmente, desmitificando sus contenidos, apuntando en definitiva a desocultar las relaciones entre naturaleza, hombre y sociedad" (Claramunt, s/d: 94). La inserción profesional en el ámbito de las políticas de salud, principalmente en un primer nivel de atención, conlleva a que se problematice y se deconstruya imaginarios y preconceptos que están presentes en el discurso institucional, dándole relevancia a la mirada crítica que se debe poseer.

Claramente, en el Programa en estudio, el trabajo social no es una profesión convocada para el nivel de planificación. Los responsables de los diferentes programas a quienes se entrevistó, tienen formación en la rama de la medicina, no complementándose así, el enfoque con otras disciplinas.

Este planteo se explica por la importancia que tuvo el saber médico y la medicina en nuestro país, en tanto ordenó social, cultural y políticamente el deber ser, vinculado al prestigio que

se le confirió a dicho saber y a la superioridad que logró legitimarse. Se puede analizar esta superioridad, considerando históricamente la relación entre ambas disciplinas: medicina-trabajo social. Podemos constatar en los comienzos del trabajo social una subordinación con respecto a los médicos, las “*visitadoras sociales*” forman parte de los orígenes del trabajo social y eran “*agentes subordinadas*” a los médicos (Acosta, 1999). Tener en cuenta estos elementos puede contribuir a pensar nuestras prácticas en el ámbito de la salud, ya que la atraviesan en su desarrollo.

Por tanto, la dimensión investigativa se presenta relevante para lograr una visión crítica de la realidad, no quedándonos con los discursos institucionales, sino trascendiéndolos y desnaturalizándolos para ver las fallas que dicho discurso pueda poseer.

Ante las contradicciones en el funcionamiento del MSP, los controles estatales que deja vislumbrar por detrás, las tensiones entre lo instituido y lo instituyente, el lugar o no lugar que se le otorga al trabajo social, la ausencia de una habilitación de la participación a los sectores ciudadanos, debe permitirnos pensar en la existencia de un margen de libertad que admita cuestionar y rever el enfoque y las características que particularizan al Programa, un *campo de los posibles* que habilite la inclusión de nuevas disciplinas que contribuyan a pensar estas políticas de salud, que si bien apuntan al estado sanitario de la población, no refieren únicamente a ello.

Este planteo nos coloca en sintonía con los aportes de Rebellato, quien plantea que ante una *cultura de la desesperanza*, el desafío está en trabajar en pro de la organización de la esperanza.

“Con la llamada crisis de los paradigmas se ha articulado un discurso en torno al fin de la historia que en el fondo no es más que la proclamación del triunfo del modelo capitalista y liberal (...) La creciente exclusión, la conformación de una identidad centrada en el orden y la dificultad de ver caminos alternativos, conduce a una cultura de la desesperanza. La desesperanza es una actitud de estabilidad para el dominador y para las estructuras de dominación. Quizás este sea uno de los mayores logros de la cultura neoliberal, es decir, aceptar como normal que el modelo de crecimiento postulado suponga necesariamente niveles mayores de exclusión, destruir y desgastar la esperanza y consolidar una postura ética fatalista frente a la vida” (Brenes Comp. ,s/d).

Bibliografía

- Ágnes, H. y Fehér, F. (1995). *BIOPOLÍTICA la modernidad y la liberación del cuerpo*. Ediciones Península. Roma, Italia.
- Anderson, J. (2006). *Programa de Formación en Género*. En: Batthayány, K.: *Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y atención de los niños y de los adultos mayores?* En Fassler, C. (coordinadora). *Familias en cambio en un mundo en cambios*. Ed. Trilce, Montevideo, Uruguay.
- Aquín, N. (2003). *En torno a la ciudadanía*. En: Aquín, N. (comp.) *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde Trabajo Social*. Espacio Editorial. Bs. As, Argentina.
- Badinter, E. (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Barrán J. P. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: El Poder de Curar* (Segunda reimpresión). Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Barrán, J.P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Blanchet, A. (1989): *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Datos. Observación. Entrevista. Cuestionario*. Narcea, s. a. de Ediciones. Madrid-España.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama. Barcelona, España.
- Castell, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salario*. Prólogo y Capítulo 8. En: *La nueva cuestión social*. Ed. Paidós. Argentina.
- Coutinho, C.N. (2000). *'Contra la corriente'. Ensayos sobre democracia y socialismo*. Editorial: Cortez. San Pablo, Brasil.
- Elizabeth, J. y Hershberg, E. (coordinadores). (1996). *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y sociedad en América Latina*. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela, Caracas.
- Fernández, A M^a. (1993). *La mujer de la ilusión-pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Siglo XXI Editores, S.A. Madrid, España.
- Foucault, M. (1977). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Las Ediciones de la Piqueta. Madrid, España.
- Foucault, M (1978). *La gubernamentalidad*. En: *Estética, ética y hermenéutica. Obras Esenciales*. Volumen III. Editorial Paidós. Barcelona, España.

- Foucault, M. (1978) *Historia de la sexualidad*. Tomo I: *La voluntad del saber*. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Capítulo 6, *PODER- CUERPO*. (Segunda Edición). Las Ediciones de la Piqueta. Madrid, España.
- Foucault, M. (1984). *Historia de la sexualidad 3. La inequidad de sí*. Siglo XXI Editores S.A. Madrid, España.
- Foucault, M. (1989) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. Madrid, España.
- Foucault, M. (1994). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Foucault, M., (2001). *Por qué estudiar el poder. La cuestión del sujeto*. En Dreyfus, H. y Rabinow, P., *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (241-259), Nueva Visión, Buenos Aires.
- Jelin, E. (1996). *Las mujeres y la cultura ciudadana en América Latina*. UBA-CONICET. Buenos Aires, Argentina.
- Kosik, K. (1967): *Dialéctica de lo concreto*. Ed. Grijalbo, México.
- Lamas M. (2000). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. México.
- Lourau, R. (2007). *El análisis institucional*, Ed. Amorrortu. Argentina.
- Mirza, C. y Pérez, L. (2006). *Movimientos Sociales y Acción colectiva: una aproximación conceptual*. Mimeo. Uruguay.
- Marx, C. y Engels, F. (1996). *Feuerbach. La oposición de las concepciones materialista e idealista*. (Nueva publicación del primer capítulo de "La Ideología Alemana"). Moscú.
- Narbondo, P. y Mancebo, Ma. E. (Ed.) (De 2010). *la sectorial a la transversal: Hacia nuevos formatos de gestión pública. Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Montevideo: Ed. Fin de Siglo. Montevideo, Uruguay.
- Netto, José Paulo (1997): *Capitalismo monopolista y servicio social* Cortez Editora. Brasil.
- Nun, J. (2001). *Democracia ¿Gobierno del pueblo o gobierno de los políticos?* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.
- Pateman, C. En Woodward, A. (1998): *El Estado y la ciudadanía. ¿Quién constituye el Estado? ¿Qué lugar ocupa la mujer?* En: De Villota, P.: *Las mujeres y la ciudadanía en el umbral del siglo XXI*. Editorial Complutense. Madrid, España.
- Sartre, J.P. (1970). *Crítica de la razón dialéctica*. Ed. Losada. Buenos Aires, Argentina.
- Scott, J. (1996). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. En: Lamas, M. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG. México.

- Schvarstein, L. (1991). *Psicología social de las organizaciones. Nuevos aportes*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Taylor, S.J.; Bodgan, R. (1987): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ed., Paidós. Segunda reimpresión. Madrid, España.
- Valles, M. S. (1999): *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodología y Práctica Profesional*. EDITORIAL SÍNTESIS S.A. España.

Fuentes documentales:

- Aguado, A. (2005): *Ciudadanía, mujeres y democracia*. En: Revista Electrónica de Historia Constitucional, Número 6 - Septiembre 2005. ISSN: 1576-4729. Pp.: 14.
- Aguirre, R. (2008). *Relaciones de género en la sociedad uruguaya del siglo XX. Cambios y continuidades*. En: *El Uruguay del siglo XX. La sociedad*, Comp.: 163-183. Montevideo. Banda Oriental. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay.
- Baraibar, X. (2003). *Las paradojas de la focalización*. En prensa en la revista Servicio Social y Sociedad. San Pablo, Brasil.
- Bentura, C. (2006). *Trabajo Social en el campo de la salud. Un desafío académico*. Documento de Maestría. DTS. FCS. UdelaR. Montevideo, Uruguay.
- Brenes, A; Burgueño, M; Casas, A y Pérez, E. (s/d). *José Luis Rebellato. Intelectual radical*. Coedición: EXTENSIÓN-EPPAL-NORDAN. Montevideo, Uruguay.
- Bustos Ramírez, J (1983). *Estado y control: la ideología del control y el control de la ideología*. FCU. Servicio de Doc. en Derecho Penal. Ficha Nº 3. Mdeo. En: Bergalli, R et al. (1983). *Pensamiento Criminológico II, Estado y Control*. Ed Península. Barcelona.
- Claramunt, A (2006): *Desentrañando la multidimensionalidad del Trabajo Social: re-flexiones en torno a la definición de una cartografía de la profesión en el contexto actual*. Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay.
- Coraggio, J.L. (1989). *La participación popular: Ideologías y realidad*. Ponencia presentada al XIII Seminario Latinoamericano de Trabajo Social. Quito, Ecuador.
- Di Martino, M. (2010). *Ocho notas críticas sobre políticas de protección a niños y adolescentes en América Latina*. Ponencia del Primer Encuentro Nacional Interdisciplinario de Derechos Humanos y Sociedad Civil y III Seminario Internacional de Derechos Humanos, Violencia y Pobreza. Montevideo, Uruguay.
- Facio, A. (2008). *Igualdad en la CEDAW; 30 años de desarrollo de un derecho clave para las mujeres*. Seminario de Género y Derecho. Cuba.

- Foucault, M (1976). *Defender la sociedad*. Curso en el Collage de France (1975-1976); Clase del 17 de marzo de 1976. FCE. Bs. As., Argentina.
- Foucault, M. (1986) *Las redes del Poder*. En: Nievas, F. (1994) *EL control social de los cuerpo*. Documento Taller de Sociología. Buenos Aires, Argentina.
- Garcés, L., Lucero, M. et.al. (2006). *Visiones Teóricas acerca de la Ciudadanía Social*. Revista de Temas Sociales. KAIROS. Año 10. (Nº 18).
- García Prince, E. (2008). *Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?* Edición: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). San Salvador.
- Gioscia, L. (2001). *Ciudadanía, una condición imaginaria*. En: Caetano, G., Filgueira, F. et.al. Compilado por Laura Gioscia. Ediciones de la Banda Oriental. Instituto de Ciencia Política. Montevideo, Uruguay.
- Gómez Arias, R, D. (2003) En: *2º Encuentro Universitario. SALUD, GÉNERO, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. Avances en investigación nacional*. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República- UNFPA. Montevideo.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer. Ediciones Cátedra. Madrid, España.
- López Gómez, A. et al. (2006). *A un año del gobierno progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*. CNS Mujeres. Montevideo, Uruguay.
- Marshall, T.H. (1991). *Ciudadanía y clase social*. Conferencia de la Universidad de Cambridge.
- Martínez Barreiro, A. (2004). *La construcción social del cuerpo en las sociedades Contemporáneas*. Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración. España.
- Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo Nº 33. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay.
- Midaglia, C. y Antía, F. (2007): *LA IZQUIERDA EN EL GOBIERNO: ¿CAMBIO O CONTINUIDAD EN LAS POLÍTICAS DE BIENESTAR SOCIAL?*. *Revista Uruguaya de Ciencia Política – Instituto Ciencia Política*. Montevideo, Uruguay.
- Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Montevideo, Uruguay.
- Pedraza Gómez, Z. (2003). *Cuerpo e investigación en teoría social*. Departamento de Antropología, Universidad de los Andes. Colombia.

- Pérez, L. (2012). *Entre el reconocimiento y la consolidación: la focopolítica en Uruguay. Un estudio comparativo de casos*. Tesis de Maestría en Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Rawls en Evangelina García (2008). *Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming ¿De qué estamos hablando?* Proyecto Regional de PNUD. San Salvador.
- Rostagnol, S. (2001). *Cuerpo y género. El género en la construcción del cuerpo sexuado*. Área de Ciencias Antropológicas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En: Araújo, A. M°, Behares, L. y Sapriza, G. (compiladores). *Género y sexualidad en el Uruguay*. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay.
- Rostagnol, S y Viera, M. (2006). *Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay*. EN: Checa, S (comp.). *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. (2009). *Documento final de Metodología de la Intervención Profesional I: Taller de Género y Familia*. Autor. Montevideo, Uruguay.

Páginas web:

- Acosta, L. (s/d). *La medicalización del "higienismo" en la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Recuperado: 2013, 6 de enero. En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000045.pdf> .
- Bonino, M. (2007). *La institucionalidad de género en el estado Uruguayo*. Recuperado: 2012, 16 de setiembre, En: www.inmujeres.gub.uy .
- Garretón (2011): *Igualdad y equidad: dimensiones políticas de la igualdad*. Recuperado: 2012, 20 de noviembre. En: <http://congresoconstitucional.cl/wp-content/uploads/2010/11/Abstract-Garretón.pdf>
- Ley 18.426. Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado; 2012, 15 de agosto. En: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>
- Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado; 2012, 15 de agosto. En: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- En: www.msp.gub.uy , Recuperado 2012, 30 de junio.