

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

**Algunas reflexiones con relación a las políticas de
salud en el Uruguay :
el análisis del programa de atención integral a la mujer**

María Natalia Tagliani Eduarte

Tutor: Silvia Rivero

2003

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	2
Primera Parte	4
<i>1- LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL URUGUAY A PARTIR DEL NUEVO MODELO DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL: "NEOLIBERALISMO".</i>	4
<i>2- DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD.</i>	8
<i>3- ¿LA SALUD ES UN DERECHO?.</i>	10
Segunda Parte	13
<i>4- EL MODELO DE POLÍTICA DE SALUD QUE DESARROLLA LA I.M.M.: PLAN DE ATENCIÓN ZONAL (P.A.Z.) y su implementación a través del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (A.P.S.).</i>	13
Tercera Parte	20
<i>5- PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER</i>	20
A) LA CONCEPCIÓN ACTUAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.	25
B) LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	30
Cuarta Parte	35
<i>6- EL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD.</i>	35
<i>7- REFLEXIONES FINALES.</i>	37
<i>8- BIBLIOGRAFÍA consultada</i>	42

PRESENTACIÓN

Este trabajo permite ubicar al lector en función de los aspectos que se consideran más relevantes de la realidad de la salud del Uruguay. También permite identificar el contexto económico, político y social en el que esta inserta la situación de la salud, analizando específicamente el programa de salud sexual y reproductiva que desarrolla la Intendencia Municipal de Montevideo y la situación de la mujer en la atención de la salud sexual y reproductiva.

El presente trabajo contiene cuatro partes; la primera parte pretende aportar elementos que orienten a la comprensión de lo que es el nuevo contexto de la salud sexual y reproductiva. Se refiere a los aspectos de la actual política de salud pública y municipal, que tienen una importancia relevante en la puesta en marcha de acciones a favor de las mujeres y hombres, así como en la orientación para la búsqueda de mejores niveles de calidad de atención, y también mejoras en los niveles de vida de las mujeres y de los hombres.

También se enfatiza la concepción de la Atención Integral de la Salud y la inter-relación de los factores bio-psico-sociales, es decir que se desarrolla el concepto de salud y se aportan elementos que cuestionen si realmente la salud es recibida como un derecho o solo como una mera asistencia.

La segunda parte hace referencia al modelo de política de salud que desarrolla la Intendencia Municipal de Montevideo (Plan De Atención Zonal P.A.Z.), sus objetivos, a la estrategia de atención primaria a la salud, y a la importancia del trabajo comunitario. Pretende describir elementos de participación comunitaria, la importancia de disponer de recursos humanos capacitados, sensibilizados para la adecuada atención en el espacio que le corresponda actuar, y la necesidad de relacionar la importancia de la formación de recursos humanos con el desarrollo de la evaluación de los procesos de salud reproductiva.

La tercera parte se refiere al Programa de Atención Integral a la Mujer desarrollado por la Intendencia Municipal, plantea su población objetivo, describe los tres subprogramas que lo integran, y toma como ejes de análisis los derechos sexuales y reproductivos, el ejercicio de los mismos, el concepto de salud sexual y reproductiva, la

relación profesional-usuario, la interdisciplinariedad, la educación sexual, la promoción de la salud.

Los aspectos conceptuales que integran la tercera parte buscan consolidar el concepto de la salud sexual y reproductiva y la fuerza que cobra la sexualidad de las personas como parte de aquella, además de incluir la forma de percibirla desde el punto de vista de la salud (del gobierno local) y de sus servicios. No se puede dejar de lado elementos de la visión y aplicabilidad de la equidad e igualdad entre hombres y mujeres y el cambio de conductas y responsabilidades, enfatizando la nueva condición del varón en definitiva no se puede dejar de lado una perspectiva de género. En sí el presente trabajo incorpora el enfoque de género, enfatizando la equidad entre hombres y mujeres.

Por último en la cuarta parte se hace mención a los aportes del trabajo social en el sector salud y se realiza una breve exposición de reflexiones acerca del programa de Atención Integral a la Mujer y de la política de salud en su globalidad.

Para finalizar es necesario aclarar que el análisis de políticas de salud que se realiza es breve ya que se expone con el cometido de contextualizar el Programa de Atención Integral a la Mujer que es la parte central de este trabajo, en consecuencia se pretende reflexionar sobre este programa desde la perspectiva de género y de equidad social es decir teniendo en cuenta los ejes de análisis mencionados.

Primera Parte

1- LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL URUGUAY A PARTIR DEL NUEVO MODELO DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL: "NEOLIBERALISMO".

Desde los años 80 el capitalismo comenzó su desarrollo en su fase de globalización liberal en un contexto totalmente distinto al vivido durante el estado de bienestar, este modelo ha agravado el carácter excluyente del sistema y ha generado procesos de fragmentación social explosivos sobre los que es necesario actuar.

En este sentido adquieren un papel protagónico las Políticas Sociales, las mismas se diseñan sobre la base de un objetivo que es la amortiguación de las desigualdades sociales propias de las relaciones de producción capitalista.

Durante este nuevo modelo de desarrollo económico y social "Neoliberalismo", se vive un proceso de transformación del rol del estado, en donde se pasa de un modelo centrado en el propio Estado a un modelo centrado en el mercado, con un viraje en las políticas económicas que privilegian la apertura en detrimento de las medidas proteccionistas.

Por lo tanto se pasó de un esquema enteramente público a uno de carácter mixto, propiciando la inclusión de organizaciones sin fines de lucro. De esta forma se consolida el Tercer Sector o Sector Público no Estatal, constituido por diversos tipos de organizaciones sin fines de lucro que han trabajado de manera especializada y próxima a los grupos sociales vulnerables, recibiendo ayuda pública. Este sector (tercer sector) asume públicamente un rol preponderante en materia social, que responde a la no-responsabilidad es decir al retiro del mercado y a la transferencia de la implementación de políticas sociales del Estado, sin embargo este último no deja de financiarlas.

En definitiva también se produce un cambio en el modelo de las Políticas Sociales dejaron de ser universales, sectoriales, centralizadas, verticales, para ser focalizadas, integrales, descentralizadas, y participativas.

Las políticas sociales siguen siendo las mismas que hasta ese momento pero deben alcanzar a los sectores mas excluidos. También deberían ser diseñadas en coordinación y no en subordinación de las Políticas Económicas, por este motivo es necesario decir que las Políticas Sociales deberían considerarse como una inversión social y no simplemente un gasto social.

En este mismo sentido podemos reflexionar sobre los aportes de Olesker (2001): "En el Uruguay existe un gasto social muy bajo. Si excluimos las prestaciones a pasivos de la seguridad social que son la devolución de su ahorro (o el de su generación), el gasto social en salud, educación, vivienda, empleo, minoridad, alimentación entre otros, orilla el 8% del PBI, es decir un orden de 1.600 millones de dólares, lo que equivale aproximadamente a 500 dólares por persona y por año, lo que es un cifra sustancialmente baja."

Los escasos recursos que hoy se destinan a las políticas sociales se invierten en un gasto social que es focalizado, perdiendo la perspectiva de integralidad y de alguna manera dejando un sector medio y medio bajo de ingresos al desamparo de la prestación de servicios públicos y sociales.

De este modo, como plantea Olesker, las políticas sociales han contribuido a afirmar el modelo excluyente, en la medida que no han actuado sobre los factores de estructura (y por ende crece el desempleo estructural, el déficit de vivienda en sectores medios y la atención de salud de esos sectores), mientras que en los sectores más pobres se consolida una fragmentación excluyente separándolos de cualquier mecanismo de integración a la sociedad.

Por otra parte resulta pertinente mencionar las tres funciones de las políticas Sociales que plantea Alejandra Pastorini, ellas son: la función social, la función económica y la función política. Las Políticas Sociales por un lado prestan servicios públicos necesarios para la población como ser salud, educación, vivienda, seguridad social, etc y por otro lado, están aquellas políticas que tienden a compensar los efectos de la exclusión como ser las políticas de empleo, el seguro de desempleo, los subsidios de alimentación, etc, por lo tanto, estas últimas, otorgan un complemento o sustituto salarial a través del otorgamiento directo o indirecto de dinero a las poblaciones carentes (por ej: Política de INDA y de Asignación familiar).

En definitiva las Políticas Sociales se diseñan sobre la base de dos objetivos fundamentales, uno es la integración de la sociedad y el otro es la amortiguación de las desigualdades propias de las relaciones de producción capitalistas.

La función social es la apariencia de las Políticas Sociales es decir tal cual se nos presentan pero en realidad esta función social cubre la esencia de las mismas que es la función económica y la función política. Las Políticas Sociales se presentan a los individuos como aquellos mecanismos tendientes a disminuir las desigualdades sociales,

redistribuyendo sus escasos recursos en un sentido contrario al mercado: quien menos tiene es quien más recibirá. Pero en realidad ese sistema de "solidaridad social", sobre el que se basan las Políticas Sociales es la apariencia que recubre la esencia que como ya se ha mencionado, es la función económica y política.

La función económica es la que tiende a favorecer el sistema de acumulación capitalista actual. Las Políticas Sociales hacen alusión a la redistribución y no a la distribución. La redistribución, mismo siendo desigual y de signo contrario al de la distribución original no revierte la situación de desequilibrio social, en la medida en que la distribución original es hecha sobre la totalidad de los recursos sociales producidos, mientras que la redistribución es hecha sobre una pequeñísima parte de ellos.

Las Políticas Sociales tienen un carácter compensatorio, paliativo y correctivo de las desigualdades producidas en el mercado, como consecuencia de la acumulación capitalista.

En cuanto a la función política de las Políticas Sociales, es necesario destacar en primer lugar que ellas son mediadoras entre el Estado y la sociedad civil.

Una de las funciones específicas de las Políticas Sociales es la legitimidad. El Estado necesita legitimidad y aceptación del orden social, económico y político vigente. Para esto debe desarrollar acciones (Políticas Sociales) que sean aceptadas y aprobadas por la población, como forma de obtener el consenso necesario para asegurar la obediencia, sin tener que usar la fuerza. Para obtener obediencia de las clases subalternas, el Estado debe garantizar la satisfacción de las necesidades sociales mínimas de estos sectores. El Estado se presenta ante los individuos como si fuese neutro, por encima de los intereses de clases, como mediador y amortiguador de conflictos sociales, pero en realidad su interés es obtener legitimidad. Reproduce las relaciones de subordinación para evitar que la clase trabajadora se transforme en una fuerza política revolucionaria, que ponga en riesgo el proceso de acumulación capitalista (Pastorini, 1995).

En lo referente a la salud a partir de la década de los ochenta, es posible percibir un viraje hacia un sistema tan desarticulado como el anterior pero fuertemente mercantilizado. Se puede percibir la aparición de una importante serie de seguros privados parciales de salud, y las mutualistas que en su comienzo tuvieron una concepción cooperativa y solidaria, hoy son empresas privadas de producción de servicios de salud, a parte de su crisis.

Las Políticas de Salud las encontramos en el campo de acción de las políticas Sociales de prestación de servicios públicos.

Considerando los aportes de Dr. Ocampo se puede mencionar que la Política de Salud constituye una de las líneas de acción de las políticas del Estado, pero no solo son un comportamiento mecánico del aparato institucional, sino que sufren acomodaciones y modificaciones según sea la situación que deben enfrentar y la presión social a la que deben responder; por lo tanto, la Política de Salud responde concretamente a la situación de la salud existente en el país y refleja una concepción ideológica y técnica que dirige el proceso de acción de la política. (Dr. Ocampo, 1998)

La política social asigna prioridad a los sectores de población con mayores carencias sin embargo esta pretendida focalización no cubre la totalidad de la población objetivo.

Lo importante es cuestionar hasta que punto los sectores sociales desfavorecidos de la sociedad, acceden a la salud como un derecho y un deber del Estado, y hasta que punto se ha convertido en una mera asistencia médica, es decir sujetos simplemente asistidos y no sujetos de derecho.

A su vez podemos mencionar que *"Los servicios públicos son ante todo eso: públicos y por ende deben ser prestados con el criterio de universalidad y justicia ya sea por organismos públicos, ya sea por organismos colectivos sin fines de lucro. Ello significa el acceso de todos en iguales condiciones"*. (Olesker, 2001).

De esta forma no se cuestiona el acceso a la salud pública sino que se está cuestionando la calidad de la atención que brindan los servicios de salud pública, las personas que acceden a estos servicios, en lugar de ser tratados como sujetos de derecho son tratados como sujetos tutelados, asistidos, y este es el punto de discusión más relevante que plantean las políticas de salud.

La asistencia médica individual se incorpora cada vez más a través de programas segmentados (para adultos, materno infantiles, para mujeres, etc.) que constituyen políticas no integradas de atención a la salud, que contraponen las prácticas curativas y preventivas. Incluso dentro de los sectores que focaliza, la política no es integrada porque por ejemplo una política dirigida a la mujer no toma en cuenta las necesidades específicas (sexualidad, salud laboral, etc) de las mismas. (OPS, "La Contribución de las ONGs...pág:25, 1998).

Las propuestas y debates actualmente planteados con respecto a las políticas del Ministerio de salud Pública apuntan a mejorar la calidad de la asistencia y asegurar cobertura a toda la población que no pueda acceder a otras formas de atención sanitaria.

El Ministerio de Salud Pública conjuntamente con la Intendencia Municipal de Montevideo realiza la atención a la salud pública de Montevideo, se plantean programas en conjunto en donde el gobierno local tiene un papel muy importante en la definición y ejecución de los mismos.

La Intendencia Municipal de Montevideo desarrolla la atención a la salud de los sectores más desprotegidos a través del desarrollo del Plan de Atención Zonal (P.A.Z.), dentro de este Plan se encuentra el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer.

2- DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD.

El concepto que una comunidad o sociedad tenga sobre lo que es la salud y la enfermedad va a determinar la demanda que esta haga y las funciones que las organizaciones y los profesionales de la salud asuman.

La salud no es la ausencia de enfermedad, sino que para la Organización Mundial de la Salud es el estado de bienestar físico y mental de la persona y la sociedad. Esta concepción de salud, no solo obliga a desarrollar una función recuperadora sino también a preservarla e incrementarla. Es decir que al ser considerada la salud como un estado de bienestar físico y psicológico de la persona y de la sociedad, no basta con la mera ausencia de enfermedad sino que son vitales las funciones de fomento y protección para lograr dicho bienestar.

Esta definición de Salud significa un profundo avance en la concepción universal de la salud, agregando al estrecho criterio físico de épocas anteriores, la concepción integradora de lo mental y lo social. Significa un profundo avance también porque constituye un reconocimiento de que la promoción de la salud se logra cuando se considera a la misma desde un punto de vista integral, es decir esa condición de armonía entre el cuerpo, la mente y el ambiente que nos rodea. De ello surge la necesidad de reconocer a un hombre sano como aquel que puede mantener un "estado de bienestar" no solamente en su cuerpo físico, sino también en sus afectos, en su mente y en sus

relaciones interpersonales y con su comunidad. Para una medicina que atendía exclusivamente el malestar físico, asociar la salud a lo psíquico y a lo social implica ver a la salud desde una perspectiva integral, totalizadora.

Pero también existen críticas a esta concepción de salud, como las que plantea Floreal Ferrara, debido a que plantea que concebir la salud como *"el estado de completo bienestar"* nos coloca frente a una visión estática de la salud. *"Definir salud como un "completo estado de bienestar", como un "estar bien" implica necesariamente un juicio de valor, una relativización sociocultural y lo de "completo" lo hace inalcanzable, sin relacionarlo con situaciones concretas en tiempo y lugar. Lograr alcanzar el perfecto bienestar sería algo utópico ya que satisfacer una necesidad abre a otras necesidades."* Según este autor la salud se expresa *"cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental, y social le impone; y cuando de esa lucha logra resolver la situación física, mental o social en la que vivimos, modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones."* (Ferrara, en *"Acción y participación comunitaria en salud.."* 1991, Pag:20).

Por otro lado este autor hace otra crítica a la ausencia de enfermedad, porque da a pensar que para que haya salud es necesaria la ausencia de enfermedad, lo que hace aún más inalcanzable, y no admite la coexistencia de la salud con la enfermedad.

A la salud se le asigna una connotación global que pasa las fronteras de la enfermedad, la salud concebida como un proceso, en donde hay grados de salud en la enfermedad y grados de enfermedad en la salud en permanente confrontación. Lo social influye en el proceso de salud-enfermedad, las condiciones materiales de vida: vivienda, alimentación, etc.

En este sentido el profesional de la salud debe romper con ese esquema intrahospitalario y preocuparse de otros factores socioeconómicos y ambientales que son determinantes en el nivel de salud de la población como los bajos niveles de vida, la mala nutrición, el adecuado saneamiento, creencias y mitos de la población, etc.

Para H. San Martín: *"Se puede hablar de salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad (geográfica y social) conscientes de su pertenencia a un mismo grupo o colectividad, reflexionan en común sobre los problemas de su salud, expresan sus necesidades prioritarias y participan activamente en la puesta en marcha, el desarrollo y realización de las actividades mas adecuadas para responder a sus necesidades reales."* (San Martín, 1989; 7)

San Martín(1989) también plantea que el proceso de salud enfermedad es el resultado de las influencias y determinaciones ambientales, genéticos, económicos y sociales, es el resultado de las reacciones adaptativas del individuo y del grupo, a la composición y variación del ambiente total. O sea que el estado de salud es el producto global de toda la vida social de la comunidad. Para este autor existe una relación de dependencia entre el sistema económico y social y los servicios de salud, puede deducirse que el sistema de salud tiene las mismas contradicciones que tiene el sistema social total, y que resultan de la estructura y lógica del sistema económico- productivista capitalista.

De esta forma se plantea una nueva visión interpretativa del proceso salud enfermedad, ya que se lo considera como un fenómeno histórico condicionado por la forma como el hombre se relaciona con la naturaleza, es transformado por ella, así como por las relaciones que establece con los otros hombres a través de las relaciones de producción. Por otro lado, es necesario entender la interrelación existente entre salud y productividad puesto que la reproducción está determinada por las leyes de distribución que, a su vez, determinaba la forma de consumo de los productos transformados durante la producción, generándose así la reproducción misma de la fuerza de trabajo y del hombre como ente humano y social. De esta manera entendemos el concepto de salud vinculado a la esfera de la producción como una forma de consumo y reproducción de la fuerza de trabajo, también como un proceso cuyo resultado es la producción de los servicios de salud que se convierten en un instrumento ideológico unido a la superestructura a través del cual el estado asegura su legitimación.

2- ¿LA SALUD ES UN DERECHO?

Es importante aquí analizar brevemente hasta que punto las prácticas de salud especialmente en los sectores desfavorecidos son llevadas a cabo como derecho de quienes reciben y no como una mera asistencia. Mas precisamente teniendo en cuenta la definición y concepción desde la que hemos abordado la salud y lo que se ha planteado de romper con el esquema intrahospitalario y preocuparse de otros factores socioeconómicos y ambientales que son determinantes en el nivel de salud de la población como los bajos niveles de vida, la desnutrición, etc.

Siendo la salud un fin y no un medio, es un derecho humano, es un derecho inalienable de todo ser humano y por lo tanto responsabilidad del Estado.

Todos deben tener acceso libre o igualitario incluso los sectores mas desprotegidos que no disponen de ingresos suficientes para financiar su salud. Tarea que no sólo requiere de un estructurado sistema de salud en el cual participa el Estado y las organizaciones privadas, sino que requiere de un nuevo sistema de trabajo que incorpore a la comunidad en la búsqueda de ese bienestar físico y mental. El mantenimiento y prevención de la salud es responsabilidad del Estado pero también del individuo, la familia y la comunidad. Especialmente se fomenta la participación de la comunidad en la promoción de su salud, en la planificación y ejecución de los planes de salud por lo tanto el servicio de salud debe estar allí donde se vive y se trabaja.

Por lo tanto el Estado debe desarrollar una política de salud global que ponga al alcance del individuo los recursos necesarios para mantenerla.

Según el Ministerio de Salud Pública; *"el derecho de la Salud no es más que el derecho al bienestar, a una vida digna y grata y por lo tanto es un derecho inalienable inherente a la persona humana. Es un derecho que no se usufructúa ni se ejerce pasivamente, sino que como el derecho a la libertad y a la soberanía nacional, se construye y se conquista; su logro exige la participación social, la contribución consciente y crítica de todos los miembros de la comunidad. El derecho a la Salud implica el derecho a una alimentación adecuada, a la protección y la seguridad social, al pleno empleo, a la vestimenta, vivienda, al descanso y recreación, la educación, la libertad, los derechos civiles, políticos y culturales. El ejercicio pleno de este derecho debe fundarse en criterios de universalidad, equidad, solidaridad, accesibilidad."*

Como aquí se expresa el derecho a la salud es inherente a todo ser humano, incluso para aquellos que no logran acceder a una asistencia privada, pero la realidad se nos demuestra de otra manera ya que la salud es un derecho pero se nos presenta como una mera asistencia, quedando muchas personas sin acceder a un servicio de salud, ya sea por la falta de recursos, o por trabas burocráticas, Todos deberíamos recibir la misma calidad en la atención de nuestra salud, sin embargo el sistema esta mercantilizado por lo tanto aquellas personas que tienen capacidad de pago obtienen una mejor calidad en la atención de su salud que aquellas que no lo tienen. Por lo tanto el Estado debería apostar a mejorar la calidad de los servicios existentes, a lograr que todas las personas acceden a un servicio de salud pero siempre considerando que la salud es un derecho y no una mera asistencia a las personas.

Según Castel se necesitan tres condiciones para que se pueda presionar socialmente: la primera es sentir que somos parte de algo, la segunda es la importancia social que se tiene como clase y como grupo, por ejemplo la importancia de la clase trabajadora, de los desempleados, etc. Y la tercera es la capacidad de ese grupo de ser portador de un modelo de sociedad distinta, de un ideal que mueve a la acción. (Castel, 1997)

Este autor también plantea que el ejercicio de la ciudadanía tiene que ver con la voz, con el derecho a organizarse y con participar en la construcción de la sociedad y apropiarse del capital cultural de la misma. Entendemos por ciudadanía, y siguiendo los lineamientos de T. H. Marshall *"el 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, Pág: 37).

La ciudadanía se construye a partir de reivindicaciones concretas de los segmentos más desfavorecidos de la sociedad. Instituir la equidad en el sector salud no se limita a una mera extensión y distribución mas adecuada de los servicios, sino que se trata de su conformación como derecho.

El actual desafío para las Políticas de Salud y para la consolidación de la democracia consiste en conciliar una fuerte presencia del Estado en el sector, exigida por las acentuadas desigualdades en el país. Por lo tanto se debe tener en cuenta la salud en dos términos distintos: la salud como derecho y como servicio.

Segunda Parte

4- EL MODELO DE POLÍTICA DE SALUD QUE DESARROLLA LA I.M.M.: PLAN DE ATENCIÓN ZONAL (P.A.Z.) y su implementación a través del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria a la Salud (A.P.S.).

El Estado apunta a la reorientación de los servicios de salud, se produce una transformación, de la centralización de los recursos y servicios a la descentralización con énfasis en el nivel local, en la participación social y comunitaria y una fuerte tendencia a coordinar esfuerzos con los centros educativos.

A través de la estrategia de Atención Primaria a la Salud la atención de la salud pretende dar un giro, ya que coloca énfasis en las actividades de tipo preventivas modificando el clásico modelo asistencialista que solo busca la recuperación de la salud, es decir "curar al enfermo" y no "prevenir la enfermedad".

Es en este contexto de descentralización que el gobierno local (IMM) asume un rol protagónico en este sector, elaborando políticas de salud municipales en donde lo más importante es que se reconozca el sentido de pertenencia de las personas a la comunidad, es decir el patrimonio poblacional. Las políticas sociales son dirigidas hacia los sectores mas vulnerables de la ciudad de Montevideo y tratan de poner especial énfasis en lo que estos sectores sienten y demandan, al menos esto es lo que en teoría plantea el modelo municipal a la hora de elaborar las políticas de salud y las demás políticas sociales.

El propósito de la IMM no es meramente compensar los desajustes e inequidades derivados de la aplicación de un modelo de desarrollo y de un modelo económico injusto y excluyente, sino que pretende mejorar la calidad de vida de los montevideanos a partir de acciones conjugadas con otros actores sociales e instituciones, reconociendo y potenciando los espacios de participación a través de la descentralización. Actuaciones que buscan mejorar la integración social y combatir la exclusión y la marginalidad.

Por lo tanto las políticas de salud municipales son dirigidas a todos los montevideanos, pero en particular se preocupan por la salud de aquellas familias que se encuentran en situación de pobreza, existe un compromiso de las políticas de salud con estos sectores desprotegidos.

Las Políticas de salud implementadas por la Intendencia Municipal de Montevideo responden al Plan de Atención Zonal a la Salud (P.A.Z.), el propósito de este Plan es contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos, a través de acciones integradas y coordinadas de Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud individual y colectiva.

Desde 1990 la Intendencia Municipal de Montevideo ha iniciado su aporte a la atención a la salud de aquellos usuarios del sector público, a través de la instalación de policlínicas barriales ubicadas en las zonas más vulnerables de Montevideo. A través de estas policlínicas se procura implementar un modelo de atención primaria a la salud que privilegie la integralidad de las acciones y enfatice la promoción y la prevención, así como la imprescindible coordinación interinstitucional.

La implementación del plan de Atención Zonal a la salud responde como ya hemos mencionado a la propuesta de transformación del modelo de atención, en el marco de la Descentralización Municipal y con una importante Participación Social en torno a las Políticas Municipales de salud. Cuando se menciona una transformación en el modelo de atención se hace referencia a que se comenzó a jerarquizar el modelo de promoción y prevención de la salud, así como también los espacios de participación vecinal, es decir la participación de la comunidad.

De esta forma este Plan busca contribuir a la mejora de la calidad de vida de los vecinos próximos a las policlínicas y usuarios de las mismas, impulsando un nuevo *"Modelo¹ de Atención a la Salud basado en:*

- *El respeto a los derechos de los usuarios.*
- *El énfasis en la promoción y prevención de la salud y la necesidad del propio autocuidado.*
- *Una concepción integral de la atención que busque el bienestar físico, el psíquico y reconozca la incidencia de las condiciones socio-ambientales.*
- *Mejora la calidad de atención.*
- *La propuesta de participación y opinión vecinal en la promoción de la salud."*

¹ I.M.M., División Salud. "A la salud de los montevideanos". Suplemento especial del diario EL PAIS, Montevideo, octubre 1999., Pág: 5.

Los objetivos del PLAN de ATENCIÓN ZONAL (P.A.Z.) a la Salud son:

Objetivo General:

"Desarrollar un Plan de Atención Zonal a la salud, que a partir de las Policlínicas Municipales y en coordinación con otras instituciones de salud, contribuya a conformar la base de los Sistemas Locales de Salud.²"

Esto supone profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y de gestión de los servicios, en el marco de la descentralización político-administrativa y la participación social articulada por los órganos de gobierno local.

Objetivos Específicos:

- *"Avanzar en el proceso de transformación del modelo asistencialista curativo de atención a la salud, revalorizando el concepto de integralidad en las acciones con énfasis en la promoción y prevención.*
- *Coordinar un plan de atención zonal con todas las instituciones públicas y privadas a los efectos de aprovechar los recursos disponibles, así como generar la base de los sistemas locales de salud.*
- *Promover la participación activa de la comunidad organizada en la elaboración y control del cumplimiento de los planes zonales, priorizando las demandas y necesidades de la población.*
- *Posibilita el diagnóstico continuo de la situación de salud y la comunidad mediante un proceso permanente de planificación-acción participativo.*
- *Contribuir a la organización de los servicios en forma accesible, oportuna y continua identificando en cada caso actividades y recursos.*
- *Evaluar el cumplimiento de los planes y rendir cuentas individual y colectivamente de los logros retrasos, para reprogramar adecuadamente el desarrollo futuro.³"*

Este Plan es implementado por la División Salud que pertenece al departamento de Descentralización de la Intendencia Municipal de Montevideo.

Por otra parte no debemos olvidar que el P.A.Z. es parte de una política de salud perteneciente a un modelo hegemónico de poder, en consecuencia puede ser utilizado como dispositivo de poder como lo denomina Foucault. Resulta pertinente reflexionar sobre los aportes de Foucault (1986). Desde el S XVIII, un modelo de políticas de salud se

² I.M.M., Departamento de Descentralización, División Salud. "P.A.Z. Salud, Plan de Atención Zonal a la Salud". Folleto Informativo, Montevideo, 2002, Pág: 1.

fue consolidando. La salud y la enfermedad surgieron como problemas políticos y económicos que debían ser resueltos por la colectividad.

Quienes se encargaban de las enfermedades de la colectividad eran las instituciones de caridad y asistencia a los pobres (necesitados). Se atendía al pobre necesitado, pero al pobre que merecía.

Se comienza a dividir los pobres en categorías: buenos y malos, ociosos voluntarios y desempleados involuntarios, los que pueden realizar determinado trabajo y los que no lo pueden. Mas tarde la salud del cuerpo social era asegurada por el Estado y por un conjunto de instituciones a las que se les denominaba "policía". Ya no rigen las instituciones de caridad sino la policía médica que controla y disciplina los cuerpos, que medicaliza la familia y pone normas de higiene, reglas de cuidado de los niños, etc.

En la base de esta política está la conservación de la fuerza de trabajo. Pero también algo más amplio: los efectos económicos y políticos de la acumulación capitalista. La salud se convirtió en un dispositivo de poder globalizante.

De cierta forma, el P.A.Z. hace parte de ese dispositivo de poder. Los discursos institucionales expresados por medio de los profesionales de la salud que tienen sus saberes, van produciendo a los sujetos con los cuales trabajan un conjunto de prácticas y discursos entorno a los problemas sociales y los diferentes aspectos de la vida, que inevitablemente influyen en los sujetos, disciplinándolos.

Pero este poder no se vuelve tan "violento" cuando se piensa en P.A.Z., por cuanto existe una perspectiva de trabajo con la comunidad, desde una postura de promoción, igualdad y respeto por el saber cotidiano y por la capacidad de autogestión de la comunidad. El Plan se muestra abierto a la comunidad promoviendo la participación, la libertad y la autonomía de los vecinos.

Este Plan que desarrolla la Intendencia apuesta fuertemente a la comunidad no solo se toma en cuenta lo que opinan y necesitan los miembros de la comunidad sino que también se pretende que en la comunidad el individuo encuentre espacios de participación, de encuentro con el otro y así logren expresar lo que sienten y cuales son sus dificultades concretas y de esta forma todos juntos es decir organizados puedan satisfacer sus demandas, con capacidad de autogestión, con capacidad de reaccionar y actuar, pudiendo identificar y satisfacer sus necesidades.

³ *Idem anterior.*

Dentro de la comunidad se genera cierta identidad que estaría dada por compartir un espacio geográfico y condiciones materiales de vida similares pautadas por un conjunto de necesidades insatisfechas.

Según Bertaux *"la mayor parte de los individuos son miembros de una comunidad humana. Cuando su vida está en peligro por la enfermedad, un accidente, la miseria, porque están incapacitados para combatir ellos mismos la desgracia y no tienen familia que pueda ayudarlos, se vuelven hacia su comunidad de pertenencia, no para que ella haga caridad sino al contrario porque saben que tienen un derecho, precisamente en tanto que miembros de esa comunidad; un derecho al socorro ya que su vida misma esta amenazada. Es aquí precisamente que el liberalismo se reencuentra con su limite. Pues, presentarse en el mercado como portador de un derecho, de un derecho moral al socorro, equivale a condenarse a muerte. El mercado no conoce derechos, no conoce más que demandas solventes."* (Bertaux, 1993, pág.19).

Según el planteamiento de este autor podemos considerar que la comunidad logra satisfacer sus demandas de salud en el Plan, es decir que visualizan al mismo como una institución que les ofrece servicios de atención a la salud. Este autor plantea el concepto de producción antroponómica que refiere a la producción de los hombres mismos; o sea la producción y reproducción social al mismo tiempo, lo que incluye no sólo los medios de existencia sino también la vida misma. Bertaux plantea que la producción antroponómica no solo se da en el ámbito domestico sino que privilegia otras formas de producción social: formas mercantiles simples; formas capitalistas puras (escuelas privadas, hospitales y clínicas privadas, servicios privados varios, etc), formas benévolas (Cruz Roja, instituciones de beneficencia, las organizaciones "caritativas", etc) y las formas "instituidas". Estas formas instituidas son las que moviéndose en la esfera de lo público (que no significa lo estatal; lo estatal forma parte de lo público pero lo público engloba otras formas) se "hacen cargo", "atienden", "asisten", etc., a gran parte de la población que no puede acceder a las formas de producción antroponómicas capitalistas puras.

Se ha mencionado anteriormente que el P.A.Z. se enmarca en la estrategia de Atención Primaria a la Salud, por este motivo es importante definir que entendemos por APS, para ello nos basamos en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el doce de septiembre de 1978), la misma establece:

"La atención Primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan acortar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

El P.A.Z. se plantea trabajar desde la prevención de las enfermedades para mejorar la salud de las personas. Se trabaja no desde la lógica de curar las enfermedades sino desde la lógica de la prevención, prevenirlas para mejorar la calidad de vida de las personas. Esto acompañado con la reducción de costos que implica trabajar desde la prevención, porque curar la enfermedad desde un nivel secundario y terciario de atención implica mas costos para la persona y para la institución.

Según lo establecido en la Declaración de Alma-Ata la Atención Primaria a la Salud comprende las siguientes actividades: *" la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia, la inmunización contra las principales enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales."*

Por otra parte, esta estrategia pone el acento en la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud mediante acciones programadas, usando tecnología poco compleja y poco costosa, aunque no de baja calidad, constituye el punto de contacto con la comunidad. Esta concepción esta en contraposición con el modelo dominante, con un enfoque predominantemente cerrado de los servicios, consumidor de tecnologías complejas y de alto costo, tendiente a la especialización y superespecialización. Se ha fragmentado la atención medica a través de un modelo reduccionista que pone su interés

en el órgano enfermo y en los aparatos. Esta tendencia es muy fuerte y está apoyada en los sectores médicos de mayor poder, en los grupos sociales de mas altos ingresos y en los intereses del complejo medico industrial y se traduce en una modalidad de organización de los servicios médicos que ocupa el espacio y dificulta fuertemente la incorporación de estrategias de tipo de la atención primaria para lograr la extensión de la cobertura a toda la población.

Es evidente que no existen las relaciones necesarias entre los organismos que forman y utilizan los recursos humanos, y ahora mismo a la hora de instrumentar la atención primaria de la salud, quizás una de las mayores restricciones es la resistencia de los profesionales y técnicos y su falta de capacitación para asumir nuevos roles que exigen un cambio fundamental del modelo que incorporaron desde su ingreso al sistema educativo.

Existen barreras económicas, sociales, físicas y culturales que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud a grupos muy numerosos de la población.

Las respuestas útiles para facilitarles el acceso no solo a los servicios de salud sino a la alimentación, vivienda, educación y cultura, deben estar en relación con políticas globales de desarrollo en las que el área de salud debe tener su parte fundamental.

El gobierno local de Montevideo esta desarrollando como uno de los objetivos de P.A.Z. a la salud el trabajo comunitario en donde se busca un dialogo horizontal entre el equipo de salud y los usuarios, es decir la comunidad, partiendo del reconocimiento de sus derechos: derecho a la salud, derecho a una correcta atención, derecho a la información oportuna y empleando un lenguaje sencillo, y el derecho a tomar sus propias decisiones.

La intendencia Municipal de Montevideo desarrolla distintos acuerdos de trabajo con organizaciones vecinales, con las organizaciones no gubernamentales con la finalidad de mejorar los servicios de salud y a la vez fomentar el protagonismo de la sociedad civil en la promoción de sus derechos y deberes ciudadanos.

Tercera Parte

5- PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LA MUJER

Este programa comenzó a funcionar en el año 1997, y representa una de las políticas de salud municipales que actúa en el campo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres implementado por la Comisión de la Mujer y por la División Salud, ambos dependientes del Departamento de Descentralización. También cuenta con el apoyo económico del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP).

El mismo se desarrolla en las policlínicas municipales ubicadas en su mayoría en las zonas periféricas de la ciudad dirigiéndose a mujeres de sectores populares. Esta población se caracteriza por vivir en condiciones críticas por este motivo es necesario definir que se entiende por pobreza; el concepto de pobreza implica necesariamente discutir un fenómeno complejo en lo que refiere a la multiplicidad de dimensiones que intervienen en su definición, y también analizar como estas dimensiones influyen en la salud.

Según Carmen Terra "la pobreza es un fenómeno producido en la vida en sociedad que refleja la desigualdad intolerable en las condiciones para vivir y desarrollarse, por la que un sector o sectores se ven privados de sus oportunidades y sufren las condiciones de dicha privación. En la pobreza lo que está en juego es el poder de acceder a los recursos y satisfactores necesarios y efectivos que una sociedad dispone en un momento histórico determinado." (Terra, 1995, Pág: 86)

De manera general, con el término pobreza o situación de pobreza se alude a la necesidad, indigencia, penuria, y carencia de lo necesario para el sustento de la vida. Con este alcance, el término hace referencia a insuficiencia de recursos. En sentido más estricto, puede decirse que hay una situación de pobreza cuando no se satisfacen las necesidades humanas básicas, incluyendo ciertas exigencias mínimas de consumo (individual y familiar) que comprenden alimentos, alojamiento y ropas adecuadas. Cuando se carece de estos bienes, se sufre una pobreza que coloca a los individuos en riesgo de supervivencia.

La Organización Mundial de la Salud, en el informe que presentó en la Cumbre de la Tierra (Río de Janeiro, 1992.), plantea que la pobreza se mide por el número de personas que no disfrutan de un nivel de vida que les garantice una alimentación adecuada, agua

saludable en cantidad suficiente, servicios de saneamiento, una vivienda digna y el acceso a determinados bienes públicos, que comportan un conjunto de servicios esenciales proporcionados por y para la comunidad en general, tales como disponer de agua potable, servicios de salud, transportes públicos, servicios sociales, etc. El hecho de vivir en situación de pobreza, de tener un nivel educativo bajo limita a las mujeres en varios sentidos por ejemplo condiciona la asistencia al centro de salud por lo tanto no controla su embarazo, no controla a sus hijos y tampoco se controla ginecológicamente. Con esto se quiere decir que factores como el nivel educativo y el nivel de vida condicionan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

De acuerdo a la concepción de salud que se ha venido desarrollando como "estado de completo bienestar bio, psico, social", es decir la salud desde una perspectiva integral, en donde la salud no es solo "curar al enfermo" sino que se trata de realizar una tarea educativa que enfatice la prevención de las enfermedades; se debe romper con la clásica medicalización de los programas de salud que toman a la salud física de los individuos, olvidándose que lo psíquico y lo social influyen en la salud de los mismos. En este sentido cabe mencionar que no se puede pretender que un individuo enfermo se recupere sino tiene una debida atención, con la alimentación que necesita y con una higiene adecuada.

Cuando se habla de una "debida atención" se hace referencia a la atención integral es decir que el profesional debe analizar los factores determinantes del estado de salud físico, mental y social del individuo. El profesional de la salud y en especial el médico cuando atiende al paciente debe tener una entrevista en profundidad con el mismo, debe lograr un diálogo donde el individuo exprese lo que siente con respecto a su enfermedad y en donde se forme un vínculo de confianza que permita modificar los miedos y estereotipos que se tienen con respecto a la relación paciente- profesional, esto es de suma importancia para el profesional que tendrá más elementos para obtener un diagnóstico más acertado de la situación. También es importante para la persona (paciente) porque se siente escuchada y se siente participe de su propio proceso de salud-enfermedad adquiriendo más conocimientos sobre el funcionamiento de su propio cuerpo. Es fundamental para el desarrollo de este programa eliminar las diferencias entre el saber técnico es decir el saber profesional y el saber popular o sea el saber de las mujeres que van a consultar.

El equipo de técnicos debe incorporar la perspectiva de las mujeres usuarias a través de los espacios de participación comunitaria, también debe desarrollar la ciudadanía de las mujeres a través del ejercicio sus derechos a la salud y a la gestión en salud en tanto actoras locales.

Muchas veces los técnicos manejan un lenguaje que no es el apropiado para las mujeres principalmente por sus carencias educativas, lo que dificulta la transmisión de la información y lo que dificulta aún más es que ellas la comprendan. Muchas de estas mujeres no plantean sus dudas al profesional por respeto al saber técnico y por no avergonzarse frente a él, por este motivo el profesional debe ser lo mas abierto y claro que sea posible de modo de facilitar el dialogo entre ambos.

En las policlínicas en donde se desarrolla este programa (PAIM) las mujeres deben recibir apoyo en la etapa prenatal, del parto y postnatal, así como también se les debe proporcionar información sobre la manera de prevenir las enfermedades de transmisión sexual, sobre las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, es decir brindarle la información adecuada para una correcta selección que le permita la posibilidad de elegir el método anticonceptivo apropiado. Todos estos factores hacen a la calidad del servicio brindado y en la medida que estos se cumplan aumenta la calidad de la atención que reciben las mujeres.

Como ya se ha mencionado es importante establecer un alto grado de confianza en la relación profesional - usuaria es fundamental para discutir aspectos importantes de su salud, ya que se pueden escapar señales importantes de factores de riesgo como de enfermedades preexistentes, de violencia domestica o sexual, de desinformación acerca de las ventajas y desventajas de todos los métodos anticonceptivos o alguna concepción errónea acerca de alguno de ellos basado en un estereotipo, o un mito. Logrando esta confianza se puede discutir abiertamente con la mujer (usuaria) el método anticonceptivo a elegir, evacuar sus dudas e inquietudes, temores al respecto, enfatizando que se elige el método anticonceptivo adecuado de una forma mas consistente y duradera si se discute y se recibe la información adecuada al respecto.

Este programa responde a un modelo de Atención Integral a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, también pretende brindarles información acerca de sus derechos y el respeto de los mismos en el marco de una intervención interdisciplinaria y participativa. En este programa participan ginecólogos, médicos generales, psicólogos,

asistentes sociales, parteras, enfermeras y administrativos, los mismos conforman un equipo de salud interdisciplinario. El trabajo interdisciplinario significa que es interdisciplinaria la comprensión de los problemas de salud de las mujeres e interdisciplinarias también deben ser las modalidades de atención. El trabajo interdisciplinario implica un nuevo abordaje de la realidad es decir un abordaje global e integral de la misma y esto se logra a partir de los aportes de las distintas disciplinas que trabajan y discuten conjuntamente. La interdisciplinariedad representa una concepción de la realidad como totalidad, porque el trabajo coordinado entre las distintas disciplinas contribuye a tener un conocimiento de la realidad no fraccionado sino como totalidad. Es necesario definir que entendemos por totalidad. "*..la totalidad no significa todos los hechos. Totalidad significa: realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho (clases de hechos, conjunto de hechos).*" (Kosik, K. "Dialéctica de lo Concreto".Pag. 55).

También se debe superar la medicalización del programa, que tiene que ver con un imaginario social sobre el tema de la salud-enfermedad y sobre todo con el papel y poder del medico que la sociedad le a otorgado. Esto muchas veces dificulta el trabajo interdisciplinario, remitiéndonos a trabajar multidisciplinariamente.

La interdisciplinariedad para E. M. Vasconcelos implica reciprocidad, enriquecimiento mutuo. Tiende a la horizontalización de las relaciones de poder entre las disciplinas implicadas. Exige la identificación con una problemática común, con un axioma teórico y/o político básico y con una plataforma de trabajo conjunto, colocándose en común los principios y los conceptos fundamentales, esforzándose por una decodificación recíproca de significación, las diferencias y convergencias de esos conflictos, y de esta forma generando un aprendizaje mutuo, que no se efectúa por simple adicción, más por una recombinación de elementos internos. De esta forma las practicas interdisciplinarias autenticas tienden, cuando tiene prolongación en el tiempo, par la creación de campos de saber, teóricos o aplicados.(Vasconcelos, 1997).

Por otra parte, es importante promover la participación de las propias mujeres, fortaleciendo las Comisiones Vecinales (pero no están integradas exclusivamente por mujeres), para el logro de la participación comunitaria. Esto implica que los equipos de salud tengan un enfoque global de las necesidades humanas que requiere ampliar las fronteras del marco médico y situarse en un marco de desarrollo y participación

comunitaria, donde se ponga énfasis en la acción educativa, buscando reconocer las necesidades, inquietudes e intereses de las mujeres usuarias del servicio, fortalecerlas en tanto sujetas de derechos y no como paciente.

El programa debe tener una fuerte incidencia en los centros educativos de la zona ya que es a través de la educación que tanto mujeres como hombres adquieren los conocimientos acerca de su sexualidad, del manejo de anticonceptivos, de sus derechos sexuales, etc.

En suma el programa busca promover un modelo de atención integral a la salud sexual y reproductiva que contribuya con el desarrollo de las potencialidades de las mujeres y de esa manera favorecer el desarrollo personal y comunitario. Es decir que posibilite el conocimiento de sus derechos y el respeto a los mismos, reconociendo las situaciones de dificultad que tienen las mujeres para estos logros.

Una de las finalidades del programa es que la mujer se acerque a los servicios de salud es decir a las policlínicas municipales no solo a controlar su embarazo o a controlar a su hijo, sino que se pretende que la mujer cuide de sí misma, de su cuerpo y que le brinde la atención y el tiempo necesario para su cuidado. Tratando de romper con una serie de mitos, tabúes y también con el desconocimiento que muchas veces rodea a la sexualidad, al cuerpo y a la capacidad reproductiva de las mujeres, y que genera en ellas un débil sentimiento de autoestima.

Esta integrado por tres sub programas:

- Maternidad Voluntaria e Informada.
- Prevención y Control del Cáncer Genito-Mamario
- Atención Integral al Embarazo y Puerperio.

"El sub-Programa Maternidad Informada y Voluntaria desarrolla acciones de consejería y atención en relación a la sexualidad y anticoncepción, permitiendo el acceso a bajo costo de métodos anticonceptivos con recomendación médica. Las instancias educativas abordan temáticas vinculadas a mitos y creencias en aspectos vinculados a la sexualidad femenina y masculina, anticoncepción, maternidad, pareja, entre otros.

El Sub-Programa de Prevención del Cáncer Genito-Mamario realiza acciones educativas con el fin de desarrollar actitudes preventivas en torno a la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres uruguayas. Permite el acceso a los exámenes preventivos de

manera gratuita, al control periódico, aprendizaje del autocuidado y conocimiento del propio cuerpo.

El Sub-Programa de Atención Integral al Embarazo y Puerperio desarrolla acciones vinculadas al control del embarazo incluyendo aspectos informativos y educativos: cambios y cuidados durante el embarazo, sexualidad, preparación para el parto y el puerperio, anticoncepción." (IMM. Pág. 80, 1999).

A) La concepción actual de los derechos sexuales y reproductivos.

El PAIM representa una política municipal en el área de la salud que promueve los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, reconociéndolos como elemento importante en el desarrollo personal y social de las mismas. En suma promueve el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el marco de una intervención interdisciplinaria y participativa. Este programa coloca énfasis en la participación de las propias mujeres ya que pretende que ellas mismas cuiden de su salud sexual y reproductiva en tanto sujetas de derechos, y así promover actitudes conscientes, responsables y deseadas en relación a su sexualidad, maternidad, cuidados de su cuerpo de acuerdo a su edad, sin dejar de mencionar la perspectiva de género, es decir discutir los roles que asigna la sociedad a las mujeres y los hombres. Sin dejar de considerar que cada mujer tiene una historia propia, con un determinado entorno socioeconómico cultural específico, que ha internalizado ciertas pautas, valores, creencias y hábitos en relación a si misma, pero también en relación a su rol como mujer, como madre, estos elementos muchas veces actúan como obstáculos y no como facilitadores en el cuidado de su salud.

Una de las consecuencias de la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, fue que las personas interesadas en expandir y mejorar los cuidados primarios en salud comenzaron a cuestionar la naturaleza y calidad de los servicios de salud, particularmente en los países en desarrollo.

Tradicionalmente, los programas de salud habían enfocado los temas de planificación familiar y los servicios de salud materno-infantiles en forma limitada, sin prestar demasiada atención a los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Sin embargo, a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo de El Cairo en 1994, la Conferencia Mundial de Desarrollo Social de Copenhague en 1995, y

034397



la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995. se acepta que los derechos sexuales y reproductivos se deben encarar con un enfoque más integral, que incluye defender los derechos de las personas a tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y su reproducción sin estar sujetos a ningún tipo de coerción, discriminación o violencia.

Actualmente, *"la salud sexual y reproductiva incluye los siguientes componentes: información en sexualidad y consejería, trastornos menstruales, anticoncepción y enfermedades del sistema reproductivo, embarazo en las adolescentes, atención del embarazo y el parto, embarazos no deseados o repetidos con intervalos demasiado cortos, y manejo tratamiento de menopausia y el climaterio."*(OPS, "La Contribución de las ONGs a la Salud...", Pág. 5, 1998).

A estos temas se agrega la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la violencia doméstica, que muchas veces tiene una relación directa con el proceso reproductivo y las relaciones de género y de poder que van de la mano.

Este concepto ampliado de salud sexual y reproductiva conlleva el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infección o a embarazos no deseados; la posibilidad de poder regular la fecundidad sin el riesgo de efectos secundarios peligrosos; y el derecho a un embarazo y parto seguros.

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos actualmente como integrante fundamental de los procesos para mantener y mejorar la salud, ya que sin ellos resulta imposible desarrollar el autocuidado, y la posibilidad de experimentar la sexualidad y la intimidad libre de interferencias, de acuerdo con los sentimientos y necesidades individuales. Estos derechos son muchas veces un reto a tradiciones y hábitos que las mujeres manejan producto del saber cotidiano que muchas veces resulta errado, creando prácticas equivocadas en relación a la salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo influyen no solo sobre la salud sino también sobre la calidad de vida particularmente de las mujeres. De allí la importancia de poder ejercerlos libremente como parte fundamental de los procesos de mejora de la salud, de la calidad de vida de todas las personas.

La condición de pobreza y la preocupación por la diaria supervivencia, el hacinamiento, el colecho con hijos menores, el cansancio físico acumulado durante un día de trabajo son factores que expresan la inexistencia de relaciones sexuales placenteras y también son factores que producen relaciones conflictivas entre los miembros de la familia

y hasta violencia física. Otros factores siempre presentes son la falta o disminución del deseo y el escaso juego amoroso, por lo tanto el sexo para la mujer como fuente de placer no aparece, sino el sexo como obligación, como carga, como forma de mantener al hombre con ellas. En consecuencia podemos decir que son factores que impiden el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, son factores que los están limitando y condicionando.

Para muchas mujeres pertenecientes a sectores vulnerables la maternidad no forma parte de su desarrollo personal ya que no tienen la posibilidad de una libre elección con respecto al deseo o no de un embarazo no esta a su alcance. Este hecho ocurre por una serie de factores entre los cuales se puede nombrar la baja autoestima, la desinformación, el miedo y la incapacidad de tomar decisiones propias. En este sentido es que se puede afirmara que estas mujeres no logran que sus derechos sexuales y reproductivos sean respetados y esto les impide vivir a pleno su sexualidad.

La alta fecundidad y el corto espacio inter-gestacional está acompañado de un bajo o mal uso de los anticonceptivos. Aunque la mayoría de las personas los conocen, existen toda una clase de mitos y creencias sobre ellos. La responsabilidad final de la anticoncepción siempre queda en manos de la mujer. Muy pocos hombres aceptan el uso del condón, la mayoría lo rechazan argumentando la disminución del placer sexual. El uso de preservativos para prevenir enfermedades de transmisión sexual tampoco es del todo aceptado.

Los métodos naturales solo se pudieron implementar en los casos de parejas estables, donde el dialogo era posible y donde la responsabilidad por la paternidad era compartida. Por supuesto las conocidas condicionantes de tipo biológico en cuanto a la regularidad del ciclo menstrual lo hacen un método muy inseguro.

Los métodos anticonceptivos son procedimientos utilizados por la mujer, el hombre o la pareja, con la finalidad de evitar el embarazo no deseado.

La anticoncepción se ha transformado hoy en día, no solo en una técnica que impide un embarazo no deseado, sino que permite el aprovechamiento pleno de la sexualidad. El goce pleno y el máximo aprovechamiento de la sexualidad y el placer, es para algunas parejas una realidad y para otras, algo inalcanzable e incluso totalmente desconocido. Las consecuencias son por un lado, embarazos no deseados y algunos casos en situaciones de riesgo biológico o social, por otro la imposibilidad de concretar una sexualidad integra. El uso de métodos anticonceptivos contribuye a la salud y el bienestar de las mujeres y de los hombres en si de la pareja y también constituye un elemento clave de los servicios

de salud sexual y reproductiva. Es esencial que mujeres y hombres tengan acceso a la información sobre la anticoncepción para poder decidir libremente el número y el espaciamiento de sus hijos.

Según la OMS, la salud sexual se define como: *"la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor."*

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

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado los conceptos de salud sexual y reproductiva, los cuales fueron aprobados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y ratificados en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). La Organización Panamericana de la Salud integra ambos conceptos: *"se puede definir la salud sexual y reproductiva como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin*

riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y de tener y criar hijos saludables".

Habitualmente se habla de "salud sexual y reproductiva". En realidad, no hay modo de separarlas: son la misma cosa. Cuando se enfatiza la salud reproductiva, es porque se quiere evitar tratar con la salud sexual, que es la complicada y problemática.

La salud reproductiva implica que las personas puedan llevar una vida sexual segura y satisfactoria y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir al respecto, cuando y con qué frecuencia. Implícito en esta última condición queda el derecho del hombre y de la mujer a adquirir información a los métodos anticonceptivos que ellos prefieran, que sean, eficaces y a precios razonables.

Más que de salud sexual y reproductiva (en el sentido de la salud como estado de bienestar psíquico, físico y social), se trata de enfatizar en este programa los derechos sexuales y reproductivos, entendidos como derechos concretos, humanos.

Los derechos sexuales son un tipo de derechos humanos generalmente no asumidos. Todos coincidimos en que la vivienda, la salud, la alimentación y la enseñanza son derechos humanos, pero también el acceso a una plenitud sexual, no interferida por prejuicios, tabúes y dogmas es un derecho.

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos básicos de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos reconocidos y avalados por Organismos Internacionales como las Naciones Unidas y constituyen un componente esencial de la salud sexual y reproductiva.

Nos referimos a los derechos sexuales y reproductivos como:

- *"el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva;*
- *el derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos;*
- *el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, y a disponer de la información y de los medios para ello;*

- *en ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad." (Toro Ocampo, Horacio; "Temas de Salud Publica..."Pag: 38, OMS,FNUAP).*

La atención a la mujer se debe realizar a partir del reconocimiento de sus derechos, es decir reconocer sus condición de ser social capaz de velar por sus derechos. Se le debe brindar información acerca del funcionamiento de su propio cuerpo y de cómo cuidarlo. Por este motivo la tarea educativa ya sea individual o grupal (que puede ser a través de talleres) constituye un eje fundamental en los programas de salud sexual y reproductiva. El grupo de profesionales que trabaja interdisciplinariamente también incorpora conocimientos de la tarea educativa ya que recepcionan las dudas, temores, etc de las mujeres y a partir de ahí el grupo de técnicos dirigirá la tarea educativa hacia la evacuación de esas dudas e inquietudes, obteniendo una correcta identificación de las necesidades de las usuarias, y así se logra satisfacer las demandas de las mismas, logrando niveles mas altos de calidad del servicio de salud.

Es fundamental la educación sexual para que las mujeres reconozcan sus derechos sexuales y reproductivos, la educación dentro del programa (PAIM) garantiza el conocimiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, obviamente que la educación no solo influye en el cumplimiento de los mismos sino que hay una serie de factores que también intervienen como la condición de pobreza, el acceso al servicio de salud, etc, pero se debe dejar en claro que la educación constituye un elemento importante que esta presente en el programa.

La educación sexual es muy importante en los programas de salud sexual y reproductiva para obtener niveles mas altos de salud sexual y reproductiva. Se debe enfatizar en un proceso continuo de enseñanza sobre sexualidad y reproducción humana y así darle las herramientas necesarias a todas las personas para que puedan tomar decisiones adecuadas en relación a su sexualidad. Por lo tanto la educación sexual es esencial para conseguir una mejor calidad de vida y relaciones de genero adecuadas.

B) La perspectiva de género en los programas de salud sexual y reproductiva.

Como ya se ha mencionado anteriormente el enfoque de salud integral plantea que los factores sociales, psicológicos y culturales tienen una influencia tan importante

como los factores biológicos a la hora de determinar la salud de los individuos. En este sentido es que resulta pertinente incorporar las relaciones de género en la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Son las mujeres las que siempre han estado alienadas, limitadas, coartadas en el ejercicio de sus derechos. Esto puede tener su origen en la jerarquía establecida por los sexos, en la que la mujer es ubicada en una posición inferior, de sumisión. Esta jerarquía suele ser explicada desde una perspectiva histórica en la cual se estructura una forma de división del trabajo que ha separado el mundo privado y el mundo público, dejando para este último la mayor jerarquización y por tanto el control sobre el otro. El hombre es el que trabaja y se relaciona con el resto de las personas y la mujer queda relegada a lo doméstico, es decir la que pertenece al hogar y allí debe hacer las tareas domésticas y dedicarse a la crianza de los hijos. La mujer está para ser madre, cuidar a los hijos y al marido, mantener la casa limpia y funcionando y atender las necesidades de toda la familia.

Por lo tanto debe ser buena esposa, buena amante, buena madre y buena dueña de casa. Muchas veces la mujer siente la presión de todas estas tareas se siente agobiada y sufren más trastornos emocionales que el hombre, ya que este tiene un momento de suspensión de su vida privada al relacionarse con otras personas, se relaciona con el mundo público por ejemplo a través del trabajo, mientras la mujer no tiene ese momento de suspensión de la vida cotidiana. Últimamente la mujer ha logrado participar del mercado laboral, pero se ha creado otro problema que es la doble jornada de trabajo porque trabaja fuera de su hogar pero también continúa realizando las tareas y cuidados dentro del mismo.

Desde una perspectiva de género no debemos olvidarnos que el hombre también sufre tensiones al ser el único proveedor de ingresos de la familia, esta es una responsabilidad que socialmente se le ha asignado junto con la responsabilidad de ser un hombre exitoso, cuando no puede cumplir con esta tarea es decir que deja de ser el único proveedor de ingresos o deja de serlo definitivamente se siente totalmente fracasado y comienzan a generarse otros inconvenientes como por ejemplo el hecho de que el padre esté en la casa todo el día mientras antes estaba solo unas horas y para dormir genera conflictos de relaciones entre padre e hijos y entre la propia pareja, ya que es muy difícil para el hombre aceptar que la mujer sea proveedora de los ingresos del hogar.

Según la socióloga Rosario Aguirre.(1993, Pág. 19) la palabra género “se utiliza para aludir a las formas históricas y socioculturales en que hombres y mujeres interactúan y dividen sus funciones. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo. Bajo esta acepción género es una categoría que permite analizar papeles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades diferentes de hombres y mujeres en diversos ámbitos tales como una unidad familiar, una institución, una comunidad, un país, una cultura”. De acuerdo a esta definición se puede decir que las construcciones de las identidades femenina y masculina siguen los modelos sociales de lo femenino y lo masculino que cada época tiene. Según la época han existido diferentes formas de desear, de amar, del ejercicio de la sexualidad que a su vez son diferentes entre hombres y mujeres. Asimismo existen normas, conductas, prácticas sociales, hábitos y estilos de vida diferenciados.

La palabra sexo se refiere a las características biofisiológicas de hombres y mujeres que involucran los aparatos reproductivos femeninos y masculinos, su funcionamiento, mientras que la palabra género hace referencia al papel distinto de hombres y mujeres en la sociedad. Incluye así las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres que se manifiestan como consecuencia de una construcción social basada en las diferencias sexuales.

Al hacer uso de la palabra género se hace referencia a las relaciones sociales entre los sexos pero que implica alteridad, el sexo es una categoría dicotómica hombre y mujer, en cambio género significa alteridad es una categoría relacional, implica una relación entre lo femenino y lo masculino.(De Martino, 2002). En las relaciones de pareja esta presente las relaciones de poder, el poder del sexo masculino que obliga a la mujer a tener relaciones sexuales o que considera que la salud sexual y reproductiva es exclusiva de la mujer por lo cual no se involucran en ella, en este sentido podemos afirmar que se están limitando, restringiendo los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Esas relaciones de poder en el ambiente de la familia tienen mucho que ver con las definiciones culturales de los papeles que se atribuyen al género femenino y al masculino, clásicamente la mujer pertenece al hogar y el hombre al mundo público y si algo funciona mal en el hogar se la responsabiliza a la mujer sin saber claramente de que se la esta culpabilizando.

Esas relaciones desiguales de poder se manifiestan, entre otras formas, en la calidad de atención en salud que reciben hombres y mujeres. a posición de subordinación

o desigualdad que tradicionalmente se ha asignado a la mujer, no sólo dentro de la familia sino muchas veces en las diversas relaciones con los hombres, facilita la violación de sus derechos sexuales y reproductivos. Además, resulta muchas veces paradójico que aún cuando las elecciones reproductivas afectan más a las mujeres que a los hombres, estas elecciones y decisiones no están hechas por ellas en forma totalmente libre e informada.

El enfoque de género permite visualizar el papel, las responsabilidades, las necesidades y el control que tienen sobre los recursos las mujeres y los hombres.

"Desde una perspectiva de género, un mayor involucramiento de la pareja masculina en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva permitirá reducir la actual sobrecarga que enfrenta la población femenina, dada la multiplicidad de roles que desempeña: reproducción biológica, que no puede delegar, y social (cuidado y crianza de los hijos, que sí se puede compartir); trabajo productivo remunerado, fuera de la casa, y trabajo doméstico al interior de la casa, no remunerado.

Una mayor participación masculina, en el sentido de compartir no de ayudar a la mujer en el ejercicio de estas distintas funciones (excluida obviamente la reproducción biológica), junto con reducir las consecuencias que esta sobrecarga puede generar sobre la mujer tanto en lo que se refiere a su salud física como psicológica." (OPS , "Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva", pág 15, 2000).

Tradicionalmente, los hombres han estado al margen de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a ellos y a las mujeres. Una explicación es el papel diferente que los hombres y mujeres tienen en la sociedad. Mientras la vida de las mujeres se asocia habitualmente con su papel en la maternidad y en el cuidado de sus hijos, el papel de los hombres generalmente se considera en su contexto como jefes de familia o como quienes las mantienen económicamente.

Otra explicación es que los hombres muchas veces tienen conocimientos relativamente limitados sobre su propia sexualidad y la de las mujeres, y persisten en la creencia de muchos mitos, como ser que los métodos de planificación familiar son una conspiración para limitar su poder o para permitir libertades sexuales a sus parejas. Aún otra explicación está dada por el auge de los métodos anticonceptivos dirigidos a las mujeres, en quienes, dada la reticencia de los hombres a usar el condón, recae la mayor responsabilidad del uso de anticonceptivos en la relación de la pareja.

Sin embargo, los hombres tienen una responsabilidad muy importante en su salud reproductiva y en la de sus esposas o parejas como padres, compañeros, miembros de la familia, líderes comunitarios, y como aquellos que pueden controlar / limitar o facilitar la información sobre estos temas y el acceso de las mujeres a los servicios. *"La necesidad de un mayor involucramiento de los hombres en la salud reproductiva se basa en las siguientes razones:*

- a) *Importancia de enfatizar la equidad y los derechos humanos con perspectiva de género.*
- b) *Responsabilidad social y económica del bienestar de su familia y sus niños.*
- c) *Participación en la fecundidad y papel clave en las decisiones anticonceptivas." (OPS, "La Calidad de los Servicios.." pág: 29, 2000).*

Este programa (PAIM) focaliza la atención sobre las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres porque ellas se encuentran muchas veces en situación de desventaja, debido a inequidades de género y culturales, sin dejar de ser abiertos a la participación masculina.

Cuarta Parte

6- EL TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD.

A menudo el Trabajo Social en el sector salud actúa atendiendo las urgencias del momento: el suicida, el alcohólico, etc. Tratando de llegar a las causas del problema, comprender la evolución del mismo para lograr explicar su presente. Como mencionamos en el marco de las Instituciones de Salud el Trabajador Social atiende las "urgencias" desarrollando un rol asistencialista, de esta forma el Trabajo Social y las instituciones de Salud tienen la finalidad de corregir los desequilibrios sociales que crea el funcionamiento de la economía (Acosta, Luis, Dornell, Teresa, Rovira, Cristina. Trabajo Social Revista....Nº5).

El Trabajador Social ejecuta los programas tomando una actitud conciliadora entre las contradicciones que se presentan entre la institución y los usuarios.

El trabajo Social y los equipos interdisciplinarios que trabajan en la comunidad pueden desarrollar muy buenos resultados en la prevención de todos los factores de riesgo que atentan contra la salud. Los equipos interdisciplinarios en las instituciones tienen como objetivo realizar diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lograr una mayor comprensión de la influencia de los factores sociales, psicológicos y culturales en el comportamiento humano en materia de salud y de cómo ella influye en el desarrollo económico y social del país.

Los problemas sociales sólo pueden definirse a partir de un marco teórico que trascienda una disciplina particular dado que se presentan pluridimensionalmente, por lo tanto corresponde abordarlos en forma interdisciplinaria a través de un equipo de trabajo. Si bien puede existir entre los distintos actores de los equipos de salud una relativa coincidencia en cuanto a la necesidad de elevar los niveles sanitarios de la población, no siempre se logra una acción coordinada, convergente e integrada. Muchos factores contribuyen a ello como la sobre valoración de algunas profesiones sobre otras, como creer que se sabe todo acerca de todo, etc.

Un profesional que trabaje en equipo prestara servicios a individuos insertos en grupos; atacará, más que la enfermedad los factores que la generan, saldrá a buscarlos,

vinculándose con la comunidad. En sí el Trabajo Social y los equipos interdisciplinarios que trabajan en comunidad pueden dar buenos resultados en la prevención de todos los factores de riesgo que atentan contra la salud. Al trabajar interdisciplinariamente ninguna profesión tiene un campo de acción cercado respecto de las otras, todas se interpenetran.

Cuando un individuo y un Trabajador Social se relacionan, el objetivo del primero es exponer sus problemas y necesidades y hallar una respuesta, mientras que el del segundo consiste en conocer esos problemas y necesidades y encontrar con aquel las alternativas de solución que permitan transformar situaciones.

Ese individuo no es una abstracción sino un ser concreto, real, que vive en una sociedad determinada y participa de una cultura. Como ser social es síntesis de un conjunto de relaciones establecidas, un todo psicosomático que se manifiesta a través de conductas. Y es histórico por ser el producto de un desarrollo y el único entre los seres vivos que puede pensarse a sí mismo como objeto, crear, prever y planificar su acción, modificar la naturaleza y ser modificado por ella, todo lo que esta en estrecha relación con su posibilidad de producir sus medios de subsistencia. (Kisnerman, Natalio, 1990).

Como ser humano, es un singular distinto de cualquier otro hombre, si bien guarda relación con todos ellos al ser representante de la especie humana, que es lo general. De ahí la unicidad de la relación que el Trabajador Social establece con cada persona.

El Trabajador Social en salud, pretende desentrañar que significado tiene la enfermedad para enfermo y su familia, qué factores han contribuido a su gestación y desarrollo, qué capacidad muestra para asumirla, qué grado de aceptación o rechazo tiene, qué dificultades para expresar los problemas, a que otras personas están estos afectando, cuál es la verdadera motivación de la demanda, qué tratamiento le han dado los médicos, qué dudas tiene sobre su enfermedad y tratamiento, cómo cumple este último, entre otros.

La comunidad es otro ámbito en el cual el Trabajador Social presta servicios directos. Puede insertarse en ella a partir de observar en el hospital con qué frecuencia se dan determinadas enfermedades en un determinado barrio, vecindario o comunidad, o bien incorporándose a un programa de salud comunitaria como parte de un equipo. Creemos que esta última es la mejor alternativa, ya que parte del análisis de la situación global en la que la enfermedad ocurre descartando soluciones simplistas y asistencialista

y favoreciendo básicamente la capacitación de la población para que asuma un proceso de transformación de su realidad.

A pesar de los aportes que el Trabajador Social hace en el sector salud, también encuentra dificultades a su accionar, como la preocupación por la limitada conciencia de las autoridades estatales de la Salud, y de los diferentes grupos profesionales que desempeñan funciones en este campo, respecto del servicio social como profesión sus objetivos y funciones específicas y por lo tanto la no asignación del rol profesional que le corresponde, tanto a nivel asistencial, como preventivo y de promoción de la salud.

7- REFLEXIONES FINALES.

La Conferencia Internacional para la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, marca un punto de inflexión fundamental porque, a partir de la realización de la misma, se da una transformación en el área de la salud sexual y reproductiva debido a que se plantea que ésta no solo es responsabilidad del sector salud sino que también es el resultado de un conjunto de factores como el desarrollo económico y los niveles de pobreza, el desarrollo social y su articulación con el medio ambiente, las oportunidades de empleo y la promoción de la mujer.

Es muy importante el aporte de esta Conferencia ya que modifico la manera desde la cual se abordaba la salud reproductiva, se paso de una visión simplista, medicalizada y fragmentada a una visión amplia, compleja e integral que toma en cuenta los aspectos que hacen a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En este sentido la atención de la salud sexual y reproductiva no solo implica el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la misma. Incluye también el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

La perspectiva de género ha desarrollado un papel importante a la hora de definir los programas de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se requiere entonces, de un trabajo que adopte una mirada distinta sobre las políticas de salud, mucho más implicado en la construcción de la personalidad, de la forma de vida de las mujeres, que cuestione la subordinación, que ayude a la toma de conciencia y que presente alternativas a las

mujeres concretas. En este proceso no solo se debe informar sino que también se debe enseñar, se requiere de una enseñanza de cómo utilizar ese conocimiento. En este sentido se puede afirmar que el valor principal no es la información ni los servicios sino que las mujeres puedan hacer uso de esa información y de esos servicios.

Al mismo tiempo, los modelos económicos que se están imponiendo en el mundo a través de la globalización, los programas de ajuste estructural y la reorientación del Estado, conducen a un empobrecimiento cada vez más marcado de amplios sectores de la población, situación que afecta también en forma desproporcionada a las mujeres. Por lo tanto el acceso desigual al mercado de trabajo conduce a que las mujeres trabajen mayormente en el sector informal, sin ningún tipo de protección social o seguro de salud. En estas condiciones las mujeres tienen un acceso limitado a los servicios sociales y de salud, los que por otra parte presentan muchas veces deficiencias tanto en recursos humanos como materiales. Es por ello que aumentar la calidad de los servicios es una necesidad urgente para mejorar el acceso y asegurar mayor cobertura, y disminuir así la inequidad con que las mujeres reciben atención en salud. Pero esto debe complementarse el desarrollo de una voluntad política institucionalizada con el pleno desarrollo de los servicios de salud desde la perspectiva de género.

La salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental de las personas que se asegura, en parte, a través de la provisión de servicios de buena calidad. Ello involucra una multiplicidad de acciones a distintos niveles, así como la participación de diferentes actores.

El ofrecer servicios de calidad supone lograr la satisfacción de las expectativas de los diferentes actores participantes en el proceso de la atención: los usuarios /as y el equipo técnico.

Por un lado el usuario/a necesita primero tener un fácil acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y luego necesita libertad de elección, comodidad, privacidad, confidencialidad, respeto a su dignidad e individualidad, seguridad y continuidad en el servicio, y apoyo cierto a lo largo del proceso de su atención.

Por otro lado el equipo técnico pretende recuperar y conservar la salud de los usuarios y para ello se apoya en la disponibilidad de infraestructura e insumos suficientes y adecuados, en el trabajo interdisciplinario, y en la participación de los propios usuarios es decir de la comunidad.

Una de las formas más efectivas para lograr servicios de buena calidad es aumentar la participación de los usuarios y usuarias en la planeación y gestión de los servicios. Particularmente, lograr la participación activa del hombre a través de proveerle de mayor y mejor información, que permita lograr su concientización en el importante papel que tiene para mantener y mejorar su salud sexual y reproductiva, así como la de su pareja.

Asegurar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva es un reto que debe ser enfrentado de manera integral, con entusiasmo y con la participación activa y decidida de todos, usuarios y prestadores de los servicios públicos de salud. De ello depende no solo la salud, sino también la calidad de vida de todas las personas.

En la actualidad la salud pública sufre una profunda crisis económica que afecta en cierta forma la calidad de los servicios brindados.

La salud pública se encuentra en una encrucijada ya que la población usuaria ha crecido enormemente en grandes proporciones, esto es producto del aumento del desempleo.⁴

Por lo tanto, la superpoblación de los servicios de salud pública es una realidad que se vive hoy por hoy, los recursos económicos destinados a este sector aumentan levemente por lo que se generan desajustes notorios debido a que aumenta en mayor proporción la población que es usuaria de la salud pública. En este sentido se perjudica al usuario que recibe un servicio que representa la mínima expresión de la obligación social de atención y no como un derecho, por tanto la calidad de la atención tiende a disminuir.

En definitiva los servicios de Salud Pública del Uruguay deben hacer frente al aumento de la población usuaria con los mismos o casi los mismos recursos económicos, materiales y humanos.

Sin embargo, la salud es el componente básico del desarrollo y para mejorarla deben contemplarse ciertos principios fundamentales entre los que se destacan:

- el derecho y el deber de las personas a participar colectivamente en el desarrollo de su salud.
- el deber del gobierno y de las profesiones sanitarias de facilitar a la población información pertinente en materia de salud, para que así pueda asumir una mayor responsabilidad en cuanto a su propia salud.

⁴ Aquellas personas que eran empleadas del sector privado es decir trabajadores privados atendían sus necesidades de salud a través de las mutualistas, en la actualidad al encontrarse desempleadas deben hacerlo a través de salud pública.

- la autodeterminación y auto responsabilidad individual, colectiva y racional en materia de salud.
- una distribución mas equitativa de los recursos de salud, incluyendo una asignación preferente a los sectores sociales mas necesitados (FNUAP, OPS, 1998).

El objetivo es que el sistema sanitario proteja debidamente a toda la población, siendo la atribución de mayor prioridad una acción preventiva, integrada a su vez por medidas curativas y de rehabilitación.

Por último resulta pertinente reflexionar sobre el papel que desarrolla el Estado en cuanto al control de la natalidad de la población. El mismo no desarrolla una política de control de la natalidad, sin embargo controla la sexualidad de la población y especialmente la sexualidad de las mujeres que pertenecen a estratos bajos de la población.

El Programa de Atención Integral a la Mujer no tiene como objetivo explicito el control de la fecundidad de la población, pero esto no significa que tal el mismo esté encubierto, es decir que no se plantee de forma explicita pero si de una manera implícita. El Programa de Atención Integral a la Mujer se propone mejorar la calidad de vida de esta a través del libre ejercicio del derecho al mas alto nivel de salud reproductiva, sin discriminación por posición social o género, así como también se plantea facilitar la información y el acceso a los servicios materno infantiles, para fomentar una procreación responsable y reducir al mínimo los riesgos tanto en relación a la mortalidad infantil como los embarazos no deseados y los abortos voluntarios e ilegales.

En este sentido es que se puede reflexionar que controlar la natalidad de los sectores pobres no es un objetivo que está plasmado como tal en las políticas de salud sexual y reproductiva pero tal vez si pueda llegar ha estar presente en la intencionalidad de los programas de salud sexual y reproductiva.

El Estado no implementa una política que controle la fecundidad de las personas sin embargo a través de estos programas se trata de controlar la fecundidad de lo sectores pobres como una forma de controlar el aumento, es decir el crecimiento de la población pobre y especialmente de la población infantil de este sector. El Estado podrá aumentar sus esfuerzos para lograr la inserción de estas mujeres en el sistema educativo y así lograr una igualitaria participación en el mercado laboral teniendo participación social

y política, de esta forma las mujeres no solo se dedicarían a tener y criar hijos sino que se volcarían a desarrollar otras actividades como trabajar, etc. esta posibilidad no la tienen ya que apenas acceden a la educación primaria, y muy pocas acceden al mercado laboral y aquellas que logran acceder no obtienen una remuneración adecuada porque acceden al mercado laboral informal.

8- BIBLIOGRAFÍA consultada

- Acosta, Luis, y otros. "Temas de Trabajo Social Debates, Desafíos y Perspectivas de la Profesión en la Complejidad Contemporánea" DTS. Montevideo- Uruguay. 2001.
- Acosta, Luis. Dornell, Teresa. Rovira, Cristina. "Acción del Servicio Social en los programas de salud a nivel nacional". En: Trabajo Social Revista Uruguaya de Servicio Social Nº 5. EPPAL, Montevideo, septiembre 1987.
- Aguirre, Rosario, "Sociología y Genero", 1993.
- Aguirre, Rosario. Fassler, Clara, "Familia, mujeres y transformaciones socioeconómicas" Revista de Ciencias Sociales año 9, nº 10, diciembre, 1994.
- Bertaux, Daniel, "Sociología de la vida cotidiana y de relatos de vida" Revista Suiza de sociología, nº 1, 1983.
- Bourdieu, Pierre, "La miseria del mundo" Fondo de Cultura Económica de Argentina, 1999.
- Castel, R, "La metamorfosis de la Cuestión Social. Una Crónica del Asalariado". Ed.Paidós. Bs As. 1997.
- Cohn, Amélia y otros. "A Saúde como Direito e como Serviço" Ed. Cortez. Brasil. Mayo 1991.
- Cuaderno de Trabajo Social Nº 1. Universidad de la República. 1992.
- Cuadernos del Claeh Nº 62. Montevideo. 1992
- De Martino, Mónica, "Notas preliminares para um debate: família e gênero no fim do século", Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências humanas, Julho, 1996.
- De Martino, Mónica, "Políticas sociales y familia. Estado de bienestar y neo-liberalismo". Revista Fronteras nº 4.
- Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 12 de septiembre de 1978.
- Dr. Toro Ocampo (Asesor Técnico Responsable), "Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva", OPS, OMS, FNUAP, 1998.
- Duschatzky, Silvia, "Tutelados y Asistidos" Programas Sociales, Políticas Públicas y Subjetividad", Paidós, Bs.As. 2000.

- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas), OPS (Organización Panamericana de la Salud), "La contribución de las ONGs a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina", 1998.
- Foucault, M. "A Política de Saúde no Século XVIII". In: "Microfísica do Poder". Graal. 6ta. Edição. RJ, 1986, Pág. 193-208
- I.M.M., Departamento de Descentralización, División Salud. "P.A.Z. Salud, Plan de Atención Zonal a la Salud". Folleto Informativo, Montevideo, 2002.
- I.M.M., División Salud. "A la salud de los montevideanos". Suplemento especial del diario EL PAIS, Montevideo, octubre 1999.
- I.M.M. "Oportunidades y Derechos- Plan de Igualdad para la ciudad de Montevideo", Montevideo, 2002.
- Kisnerman, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social". Ed. Hvmánitas. Buenos Aires. 1990.
- Kosik, Karel, "Dialéctica de lo concreto". Ed. Grijalbo. México, Barcelona, Buenos Aires. 1967.
- Lasch, C. "Refúgio nun Mundo sem Coração". A família: santuario ou instituição sitiada? Paz e Terra . Rio de Janeiro. 1991.
- Marshall, T.H., Capítulo: "Ciudadanía y Clase Social", s.d.
- Midaglia, Carmen, Robert, Pedro., "Uruguay: un caso de estrategias mixtas de protección para sectores vulnerables", pág: 327-402. En: "Pobreza, desigualdad social y ciudadanía: los límites de las Políticas Sociales en América Latina"/Alicia Ziccardi, compiladora. Bs.As. CLACSO, 2001.
- Montaña, Carlos. "La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción" Ed. Cortez. Brasil. 1998.
- MSP, "Acción y Participación Comunitaria en Salud: una experiencia de participación comunitaria en salud". Sistematización de la actividad del Centro de Atención Primaria de Salud de Las Piedras- CAPS, período 1987-1991.
- MSP (Ministerio de Salud Pública), Dirección General de Salud, División Promoción de la Salud, Departamento Materno-Infantil , "Iniciando un camino - Curso de capacitación en Salud Sexual y Reproductiva", Montevideo.
- MSP (Ministerio de Salud Pública), OPS (Organización Panamericana de la Salud), "Plan Nacional de atención integral a la niñez, adolescencia y salud reproductiva", Montevideo, 2000-2003.
- Olesker, Daniel. "¿Qué son, cómo se instrumentan y a quién se dirigen las políticas sociales?". Exposición en el Seminario «Necesidad de políticas sociales como Política

de Estado», organizado por la Presidencia de la Cámara de Representantes, el CELADU, el Equipo de Representación de los Trabajadores en el BPS y el Instituto Cuesta Duarte del PIT-CNT; y auspiciado por la Fundación Friedrich Ebert, realizado el 23 de agosto de 2001, en el Palacio Legislativo.

- OPS , "*Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva*", 2000.
- Plataforma de Acción, IV Conferencia Mundial de la Mujer de Naciones Unidas, Beijing, 1995.
- Percovich, Margarita, "*Fortalecer las redes comunitarias*", 1997.
- Revista Acción Crítica N° 16. Celats, Alaets. Lima- Perú. Diciembre 1984.
- Revista de la Facultad de Trabajo Social. U.P.B. N° 8. Medellín. 1991.
- Revista de Trabajo Social N° 24. Universidad Católica de Chile. 1978.
- Revista de Trabajo Social N° 8. EPPAL. Uruguay. 1988
- Rivero, Silvia, "*El fenómeno de la pobreza: ¿un problema sin solución?*". En: Fronteras N° 1, octubre 1995.
- San Martín, H. "*Salud Pública y Medicina Preventiva*", Editorial Masson, Barcelona, 1989.
- Seminario APS, OPS, CLAEH, UNICEF. "*Salud y Atención Primaria: Propuestas para el Uruguay Democrático*". Ed. De la Banda Oriental. Montevideo 1985.
- Sluzki, Carlos E. "*La red social*" Editorial Gidesa, año 1996.
- Terra, Carmen, "*Un problema pendiente: concepto y medición de la pobreza*" Revista Fronteras N°1, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, Montevideo, 1995.
- Unidad Temática Desarrollo Social; "*Políticas Sociales: Estrategias de Participación Ciudadana*". Mercocidades. Encuentro realizado los días 2 y 3 de junio de 1998 en la ciudad de Montevideo.
- Vasconcelos, E. Mourao. "*Serviço Social e Interdisciplinaridades: o exemplo da saúde mental*". En revista: Serviço Social & Sociedade. N° 54, julio, 1997. Editorial Cortez.