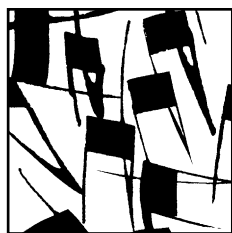


URUGUAY Y POLÍTICAS EN

salud sexual y reproductiva



UNA MIRADA DE LO HECHO
PARA LAS ACCIONES DEL FUTURO

CNS
MUJERES

por Democracia, Equidad y Ciudadanía

© Edición de la CNS Mujeres
por Democracia, Equidad y Ciudadanía.

Salto 1267, Montevideo, Uruguay
Teléfono: (598 2) 410 4044
e.mail: cnsmujeres@adinet.com.uy
www.chasque.net/comision

Montevideo, Mayo de 2005.

Esta publicación es autoría de la CNS Mujeres basada en el seguimiento sobre políticas y servicios en salud sexual y reproductiva realizado por MYSU (Mujer y Salud en el Uruguay).

Coordinación General de la CNS Mujeres: Lilián Abracinskas, Alba Aguilar, Leonor Rodríguez, Angélica Vitale, Milka Sorribas, Cristina Gómez, Clara Fassler, Victoria Bugallo, Alhexi Hoppe, Ana Sánchez, Gilda Vera y Brenda Alvarez.

Coordinación de edición: Lilián Abracinskas
Informe realizado por: Alejandra López Gómez (MYSU)
Corrección de textos: Angélica Vitale y Patricia Acosta
Diseño: Maca
Impresión: CBA, Juan C. Gómez 1439
Depósito legal: 335.886



Índice

Prólogo | 5

Introducción | 7

Capítulo 1

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos:
un campo de incidencia política | 9

Capítulo 2

Las políticas uruguayas
en salud sexual y reproductiva | 15

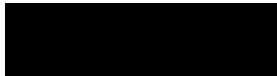
Capítulo 3

Hacia la consolidación
de una política de salud reproductiva
en el Uruguay | 33

Bibliografía consultada | 37



Prólogo



CNS mujeres por democracia, equidad y ciudadanía con la edición de esta publicación, pretende difundir un nuevo estado de situación sobre las políticas de salud en el país referidas a la salud sexual y reproductiva, con la expectativa de que sea un material de interés y utilidad para diversos actores sociales, políticos y profesionales de nuestro país.

Desde que en 1996 surgieron acciones gubernamentales que ampliaron las prestaciones en salud sexual y reproductiva, más allá de los modelos materno-infantiles característicos de las intervenciones sanitarias, la CNS ha realizado un seguimiento permanente a programas y acciones desarrolladas en este terreno. Al monitorear el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado uruguayo en las Conferencias del Sistema de Naciones Unidas, en particular de las Conferencias de Población y Desarrollo (El Cairo 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995), se ha podido sistematizar los avances, logros, obstáculos y dificultades que han habido en la relación entre el sector salud y los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos.


En tal sentido, desde la publicación de *El Estado Uruguayo y las Mujeres* realizada en 1999, la CNS ha priorizado el Área de la Salud Sexual y Reproductiva como uno de los ámbitos de medición de voluntad política de los gobiernos, tanto en el nivel nacional como departamental. En estos años si bien han habido acciones importantes que muestran avances en la prestación de servicios en el subsector público de salud, no es menos cierto que prevalecen problemas y dificultades para garantizar la continuidad y el desarrollo de dichas acciones. El cometido, por lo tanto, desde las organizaciones de mujeres y feministas del Uruguay es difundir los logros alcanzados y promover desde la acción ciudadana, el avance de las políticas para la universalización de programas y servicios en salud sexual y reproductiva que permitan a la población, sin discriminaciones de ningún tipo, contar con

mejores condiciones para ejercer plenamente sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

En el marco de una nueva conmemoración del *28 de mayo, Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres*, la CNS en coordinación con distintas redes nacionales, regionales e internacionales, se suma a los diversos esfuerzos que se están realizando para mejorar las condiciones y calidad de vida de las mujeres de nuestro país y en la región. Como ciudadanas queremos participar activamente en el proceso de profundización de la democracia para alcanzar los cambios y las transformaciones políticas, legislativas, económicas, sociales y culturales que tanto anhelamos.

Lilián Abracinskas
Coordinadora Ejecutiva
CNS Mujeres

Introducción



En 1996, Uruguay inicia el camino de la implementación de programas y servicios en salud sexual y reproductiva, que trascienden la salud materno-infantil e incluyen otras necesidades y derechos en salud de las mujeres. Esta publicación se propone presentar y analizar el proceso de génesis y el desarrollo de una nueva política de salud reproductiva en el país, identificando el papel de los actores clave y las estrategias desarrolladas para avanzar en el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

El presente Informe solicitado por la Comisión Nacional de Seguimiento Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía a MYSU (Mujer y Salud en Uruguay), tiene el objetivo de sistematizar algunos elementos analíticos del estado de situación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, a partir de la información disponible y el resultado de acciones realizadas, fundamentalmente, desde el año 2001. Para ello, se tomarán como principales insumos información de estadísticas vitales, documentación elaborada desde organismos gubernamentales y desde organizaciones de mujeres, y los resultados obtenidos en la investigación *“Factores vinculados al proceso de implementación de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil”*¹. El mencionado estudio fue considerado como un insumo sustantivo para avanzar en la implementación de una nueva política de servicios públicos en salud sexual y reproductiva, al ofrecer nuevas evidencias para la incidencia en ese proceso y para el desarrollo de una política de salud reproductiva en el país.

¹ La mencionada investigación fue publicada en diciembre de 2003: López, A. (investigadora principal), Benía, W, Contera, M, Güida, C. (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Edición: Facultad de Psicología, Universidad de la República – Fundación Mexicana para la Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas. Montevideo.

Esta publicación incluye en el primer capítulo una conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva del movimiento de mujeres, rescatando los aportes generados en las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y sobre la Mujer (Beijing 1995). En el segundo capítulo, se actualiza la información referida a los programas existentes en Salud Reproductiva a nivel del sistema público, con especial énfasis en el Ministerio de Salud Pública, dado que es en este escenario donde se evidencian los avances y los desafíos más significativos en el período considerado. En un tercer capítulo se desarrollan algunas líneas de recomendación dirigidas al fortalecimiento y desarrollo de políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

Dar seguimiento a políticas en este terreno es una de las líneas prioritarias de monitoreo y control social definido por las organizaciones sociales de mujeres y feministas nucleadas en la CNS mujeres, por entender que es en este terreno donde más retrasos han habido en los servicios de salud y en las políticas públicas. Al mismo tiempo la difusión de la información relevada tiene como cometido promover la apropiación del conocimiento por parte de los diversos actores y de la ciudadanía, en general, con el propósito de promover demanda calificada en la calidad de los servicios y prestaciones de salud tanto del sector público como privado.

Esta publicación pretende también ser un aporte para las y los decisores políticos que en el nuevo gobierno son responsables de potenciar, fortalecer y desarrollar las acciones necesarias que garanticen condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, dentro del compromiso de respeto a los derechos humanos.

capítulo 1

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos: un campo de incidencia política

Los derechos sexuales (DDSS) y los derechos reproductivos (DDRR) son uno de los ejes fundamentales de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática. Se refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su propia fertilidad, capacidad reproductiva, cuidado y crianza de los hijos, salud reproductiva y sexual y actividad sexual. Así como la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. (Correa y Petchesky, 1995)¹. Para poder ejercer estos derechos con EQUIDAD debe estar garantizada la LIBERTAD de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) y tener condiciones de JUSTICIA para que las diversas decisiones sean respetadas (dimensión social de los derechos).

Muy habitualmente se habla de derechos sexuales y reproductivos como un binomio inseparable, pretendiendo asumir que si se garantiza el ejercicio de unos se dará por descontado el ejercicio de los otros. Sin embargo, la realidad demuestra que la mayoría de las políticas, programas y acciones que se emprenden en este terreno, en el mejor de los casos, abordan algunos aspectos de los derechos reproductivos pero obvian y olvidan, sistemáticamente, los derechos sexuales.

Lograr grados crecientes de autonomía en el campo de la sexualidad y de las decisiones reproductivas tiene estrecha relación con la posibilidad real del empoderamiento -en especial de las mujeres-, para auto conocerse, disfrutar del propio cuerpo y ejercer plenamente sus derechos sobre la base del

¹ Correa, S., Petchesky, R., (1994): " Reproductive and sexual rights: a feminist perspective" en Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights, Boston.

respeto y la integración del otro/a en tanto también sujeto de derechos. Estos derechos son relevantes en la construcción de las subjetividades y adquieren peso en el desarrollo de las personas como seres pasibles de ejercer otros derechos como los económicos y políticos. El empoderamiento se entiende entonces, como el continuo fortalecimiento de las personas, y en especial de las mujeres, para ejercer y defender sus derechos, incluido el poder de decisión sobre los recursos materiales y el ejercicio de la participación social y política, sin exclusiones.² Tomar decisiones en lo que a la vida sexual se refiere, de manera informada, voluntaria y responsable, favorece el desarrollo de sujetos autónomos e integrales en otras áreas de su existencia y por lo tanto contribuye a la construcción de ciudadanía.

El análisis e intervención en el campo de la política y los derechos realizados desde las organizaciones feministas y de mujeres, se enmarca en una perspectiva de equidad de género. Siguiendo a Joan Scott, *"el género, (...) , es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder"* (SCOTT, 1986)³. Hombres y mujeres en el proceso de socialización van construyendo características, comportamientos y ocupando espacios que han sido definidos y valorizados en tanto femeninos o masculinos. El ámbito de lo público, masculino; el de lo privado, femenino. El rol de la producción, masculino; el rol de la reproducción, femenino. Lo político centrado en lo público, masculino; lo doméstico no reconocido como político, femenino. Religión, familia, educación, ciencia y política son instituciones a través de las cuales y por las cuales se ha consolidado esta división, definiendo normas y construyendo relaciones sociales basadas en el poder y la subordinación. La categoría género sería entonces, la herramienta que permite decodificar esos significados y evidenciar las diferencias culturales que han sido construidas a partir de las diferencias biológicas.

² En referencia a la definición aportada por la Red Internacional Feminista DAWN y citada por Birte Rodenberg (1999) en "Género + Empoderamiento = ¿Democracia de género?" en Lola Press N° 10, Abril-Junio, Alemania.

³ Scott, J., (1986): "El género: una categoría útil para el análisis histórico". Ed. Alfons El Magnum, Madrid.

El modelo hegemónico del hombre, blanco, burgués, adulto, occidental, cristiano y heterosexual (androcentrismo) ha sido el referente desde el cual se ha construido el pensamiento científico moderno. Junto a otras formas de exclusión y marginación, la discriminación por género ha sido y es una de las formas de sometimiento y subordinación que afecta de múltiples maneras. Reconocer esto no significa desconocer el impacto que la pobreza, la discriminación racial, étnica o etaria tienen en la vida de las personas. Ni supone ignorarlas como expresiones de exclusión, injusticia y subordinación. Todo lo contrario, incorporar la perspectiva de género en los análisis permite complejizar la mirada sobre las relaciones sociales, las instituciones y las formas de organización y ejercicio del poder.

Las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas sobre políticas de Población (Bucarest, 1974; México 1984) y especialmente la más reciente realizada en El Cairo en 1994, dan cuenta del proceso internacional de debate en torno a los temas de población y derechos de las personas en cuanto a la regulación de su fecundidad. La Conferencia de El Cairo (ICPD, 94) señaló nuevos rumbos y significó fundamentalmente un cambio de paradigmas en relación a los temas de población. Se introduce el concepto de *Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos de las personas como un Derecho Humano*, y se descentran los asuntos de población de la dimensión exclusivamente demográfica para introducirlo en el campo de la Salud, la Educación y los Derechos.

A partir de Cairo, las políticas de población ya no serán sinónimo de control de natalidad, sino estarán en su concepción asociadas al desarrollo de políticas intersectoriales con eje en la Salud Reproductiva y los Derechos Reproductivos. La cristalización de este nuevo enfoque ha sido la síntesis de un largo proceso de décadas de luchas sociales, en especial del Movimiento de Mujeres (en sus expresiones locales, regionales e internacional). Y si bien constituye un avance incuestionable, continúa siendo un desafío bregar para su implementación y por el cumplimiento de los Compromisos que los Estados han asumido en las Plataformas de Acción emanadas de ambas Conferencias (Cairo, 94; Beijing, 95). *“En el marco de las Conferencias Internacionales, el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos obtuvo legitimación internacional. Fue un proceso que implicó la adopción de estos términos, primero en el espacio académico y el movimiento de mujeres, des-*

pués en los documentos internacionales de Naciones Unidas, en las leyes nacionales y en el discurso público de los que toman decisiones." (Durand, Dos Santos, 1998). Sin embargo, para los distintos actores implicados en este proceso (públicos, privados, sociales, académicos, nacionales, internacionales) el sentido y el significado asignado a los derechos sexuales y reproductivos no ha sido el mismo. Según Durand y Dos Santos "(...) *las corporaciones internacionales de control de la natalidad han incluido el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos con objetivos diferentes al del movimiento de mujeres. (...)*". A través de los años su meta ha sido clara: el control del crecimiento poblacional, sea por escasez de alimentos en la década del 70, desempleo y crisis económica en los '80 y degradación ambiental en los '90". Desde otra perspectiva, los derechos sexuales y reproductivos significan el derecho de las mujeres a conocer su cuerpo, a quererlo, a cuidarlo, a disfrutarlo, y a controlar su fecundidad. Y también implica la generación de las condiciones que permitan el ejercicio pleno de los mismos: equidad en el acceso a bienes y recursos, condiciones aún no plenamente disponibles.

Las políticas gubernamentales aún no apuntan a transformar las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y en general no incluyen acciones que favorezcan y potencien la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Las más de las veces, las políticas gubernamentales proponen acciones que toman en cuenta las *necesidades prácticas de género*, pero no las *necesidades estratégicas de género* (Moser,1991) imprescindibles para lograr cambios culturales que desarticulen ese ordenamiento jerárquico. Se deberían fortalecer "(...) *políticas de desarrollo centradas en una mayor inversión en la salud de las mujeres, su potenciamiento y el respeto a los derechos humanos. No se puede buscar el ejercicio de los derechos individuales, si no existen condiciones para ejercerlos.*" (Montaño, 1995)⁴

Las intervenciones que puedan hacerse en estos campos también dependerán de las interpretaciones que se tengan de los conceptos de salud sexual y reproductiva, y de derechos sexuales y reproductivos. Evidenciándose desde el vamos, por parte de numerosos actores, una mayor tolerancia a los

⁴ Montaño, S. (1995): "Los derechos reproductivos de la mujer". En: Estudios Básicos de Derechos Humanos IV. IIDH, Costa Rica.

conceptos de salud y reproducción que a los de derechos y sexualidad. Se alientan en consecuencia acciones públicas que continúan reduciendo la salud reproductiva a lo materno-infantil o a la planificación familiar, y se obvian o desconocen los otros componentes de los derechos sexuales y reproductivos.

Es importante señalar que si bien bregamos por políticas públicas de salud integrales, que generen las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos y la transformación de la discriminación por género, transformando a su vez las relaciones de poder entre hombres y mujeres, no desvalorizamos la importancia práctica y estratégica de contar con servicios públicos de planificación familiar que favorezcan el acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de una consulta médica. Creemos que son acciones necesarias pero no suficientes en la perspectiva de generar condiciones equitativas para unas y otros. Que el Estado asuma y desarrolle este tipo de servicios debe ser parte de un proceso y no una meta en sí mismo ya que de lo que se trata es de alcanzar el ejercicio pleno de los DDSS y los DDRR para todas las personas sin ningún tipo de discriminación y responder a la diversidad de realidades y necesidades específicas.

capítulo 2

Las políticas uruguayas en salud sexual y reproductiva

Uruguay es un país pequeño (176.215 km²), con una población total de 3.322.141 habitantes, que se ha caracterizado históricamente por algunas ventajas comparativas al resto de los países del contexto latinoamericano. La conformación y desarrollo del Estado uruguayo en su carácter de benefactor y laico, con una legislación social de avanzada, se inicia a través del proyecto modernizador de comienzos de los novecientos: legislación laboral sobre la jornada de 8 horas, licencia por maternidad, seguridad social, sufragio femenino, ley de divorcio por sola voluntad de la mujer, educación laica, gratuita y obligatoria en el nivel de la enseñanza primaria y secundaria. Se habilitó el acceso a la educación terciaria de las mujeres y se propició la temprana incorporación al mercado de trabajo. La extensión de la educación pública se configuró en la principal institución de socialización y factor de movilidad social. El país se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió configurar en las primeras tres décadas del siglo XX, tasas de mortalidad y tasas de fecundidad similares a las experimentadas por los países industrializados (TGF 2.3), reduciendo su natalidad inicial entre 1880 y 1940 en un 60%. Como consecuencia de estas tendencias, el país tiene una estructura de población relativamente envejecida y un bajo crecimiento vegetativo.

La distribución espacial de la población es altamente urbanizada (92.4 %), y se concentra en un 42 % en Montevideo, capital del país. La población urbana integra un porcentaje de mujeres mayor que el de hombres (52.2 % a 47.8 %, respectivamente), situación que se invierte a nivel de la población rural (43.8 % de mujeres en relación a 56.2 % de hombres).

Según Varela y Paredes (2001) ¹ “En términos globales, en las últimas cuatro décadas ² la tasa global de fecundidad se mantiene prácticamente sin cambios y el reemplazo de la población continúa siendo apenas un tanto

superior al necesario para evitar el descenso de la población³ (1.27)". Al analizar las tasas específicas de fecundidad por edad y su estructura en el país, las autoras sostienen que a lo largo de los cuatro períodos censales se pueden destacar tres cuestiones: la fecundidad de las adolescentes (10 a 19 años) incrementa de forma sostenida; las jóvenes la disminuyen (la pérdida mayor es para las mujeres entre 20 y 24 años) y, las mujeres adultas (30 a 34 años) tienden a aumentarla levemente. También se observan importantes variaciones en la tasa global de fecundidad por regiones dentro del país, siendo la población del norte la que tiene una fecundidad más elevada (TGF 3.2).

El incremento sostenido de embarazos y partos en mujeres adolescentes pertenecientes a los sectores más pobres de la población, es una de las problemáticas emergentes de mayor impacto en la sociedad uruguaya. En el año 2003, el 17 % de los nacidos vivos fueron hijos de mujeres entre 10 y 19 años, y el 27 % de los nacimientos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (principal Maternidad pública del país) corresponden a mujeres adolescentes pertenecientes a sectores pobres.

El país experimenta desde el último quinquenio una de las crisis socioeconómica más profunda de su historia moderna, que lo coloca progresivamente en situación similar a otros países de la región. Según los últimos datos oficiales⁴, una de cada dos mujeres jefas de hogar en las edades activas, con niños de 0 a 5 años, son pobres, y uno de cada dos niños nace en condiciones de pobreza. A estos fenómenos, se agrega el surgimiento de la indigencia y el de la feminización de la pobreza, con dos características asociadas: las mujeres jefas de hogar con hijos y las adolescentes madres.

¹ Paredes, M., Varela, C. (2001). Ponencia presentada en el Seminario: Políticas de Población, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, realizado por MYSU. Montevideo.

² Los años que se toman en cada década corresponden al año en que se realizan los Censos de Población en el país.

³ Considerando que la única fuente de ingreso de nuevos individuos es la proveniente de nacimientos. Es decir, en ausencia de migraciones.

⁴ Instituto Nacional de Estadística, 2003.

Las evidencias sobre la inequidad social, la exclusión creciente y las desigualdades entre hombres y mujeres, cuestionaron el núcleo “duro” de un imaginario social que se sostenía sobre la creencia de un país con una sociedad igualitaria, homogénea, y “sin problemas de población”. Este es uno de los factores que permite analizar las razones por las que el Estado uruguayo, hace menos de diez años, comienza a implementar programas en salud sexual y reproductiva, que incluyen anticoncepción, y formulados desde una perspectiva de género y derechos. Este cambio en la orientación de la política pública se explica por el impacto conceptual y político que la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) generó a nivel de los organismos gubernamentales, así como por el sostenido trabajo de incidencia política calificada desarrollada por las organizaciones de mujeres y feministas en el campo de la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el país.

El sistema de salud

El sistema de salud en Uruguay tiene una historia atípica en el continente. La provisión de servicios se genera, principalmente, desde dos actores del sistema: el Estado y las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC, conocidas como mutualistas). Las mismas surgieron como iniciativa de las colectividades de inmigrantes (españoles e italianos que llegan a comienzo de 1900 en búsqueda de mejores horizontes económicos) y se consolidaron en la segunda mitad del siglo XX, transformándose en actor clave del sistema de seguros de prepago. Como consecuencia, el sistema de salud uruguayo es una articulación compleja de instituciones públicas y privadas, integradas en un sistema mixto de atención.

Por un lado, un sector público, orientado principalmente, por mandato constitucional⁵, a la prestación de servicios a la población indigente y pobre. Por el otro, el sector privado (o de “capital social”) en que las IAMC (propiedad de médicos, o propiedad de usuarios), cubrieron los estratos medios y medios-altos, con capacidad de pago. Entre 1960 y 1980, acuerdos bilaterales entre organismos estatales y las IAMC, amplificaron la cobertura, a

⁵ Constitución de la República (art. 44) *“el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.*

través de la seguridad social, a todos los trabajadores formales públicos y privados, resultando en un subsidio cada vez mayor del sistema mutual por parte del Estado. En el decenio de 1980, aparece un nuevo actor privado: los seguros parciales de asistencia. Esta nueva modalidad de atención privada, ya no se corresponde a los cánones del sector "privado-social" representado por el mutualismo, y si bien inicialmente se focalizó a la prestación de servicios "descuidados" por el mutualismo (emergencias móviles por ejemplo), su oferta se amplió incluyendo actualmente sanatorios privados, seguros odontológicos, entre otros.

El **subsector público** comprende al Ministerio de Salud Pública, el cual es el principal proveedor de servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); el Ministerio de Defensa (Sanidad Militar); Ministerio del Interior (Sanidad Policial); Servicios de atención primaria de las Intendencias Municipales; Universidad de la República, a través del Hospital Universitario; Banco de Previsión Social; Banco de Seguros del Estado y Entes Autónomos. Históricamente es el sector pionero en la implementación de programas preventivos, en especial en el área materno-infantil. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el organismo rector en materia de políticas de salud en el país, y cuenta con las funciones básicas de normatización, control y asistencia. Es el principal efector público y posee unos 65 establecimientos de salud, los cuales están clasificados según niveles de complejidad en: policlínicas, centros de salud y hospitales (A, B, C y especializados). Cuenta con un total de 6.200 camas de agudos y 2.300 de crónicos en todo el país.⁶

El **subsector privado** está constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), organizaciones privadas sin fines de lucro que ofrecen un seguro de pre-pago brindando atención en los tres niveles: empresas que brindan seguros parciales de salud; Institutos de Medicina Altamente Especializada (que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pago a través del Fondo Nacional de Recursos); sanatorios y clínicas privados y, residencias para ancianos. Existen cerca de un total de 40 IAMC en todo el país. El Estado a

⁶ Ministerio de Salud Pública (1999). Departamento de Estadística. Establecimientos de Salud en el Uruguay. Montevideo.

través del MSP, del Ministerio de Economía y Finanzas, y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, ejerce cierto control jurídico y técnico sobre ellas, aunque poseen un alto grado de autonomía. La mayor restricción a esta autonomía está dada por la fijación por parte del Estado del valor máximo de las cuotas mensuales de seguro de prepago. Su principal fuente de financiamiento son las cuotas.

Para el año 1996, la cobertura brindada por el subsector público fue del 40.83 % de la población total, mientras que el subsector privado cubría el 46.59 % de la población, existiendo un 11.65 % sin cobertura y casi un 1 % sin datos⁷. Desde el año 2000, y producto de la sostenida crisis socio – económica que afecta al país y que impacta en la globalidad del sistema de salud, se estima que el subsector público provee cobertura a cerca del 50 % de la población total del país. Las mujeres se asisten más en los servicios públicos, y esto seguramente está vinculado al desempleo que afecta fundamentalmente a la población femenina y a la mayor informalidad laboral que no permite acceder a la seguridad social.

El modelo de atención en ambos sectores, ha estado enfocado predominantemente a la “recuperación” de la salud (modelo técnico asistencialista), con un menor desarrollo de las actividades de promoción y prevención, lo cual genera problemas crecientes desde el punto de vista del financiamiento y desde el punto de vista de los resultados. De todas formas, las acciones de promoción y prevención son desarrolladas fundamentalmente desde el subsector público.

No existe una definición expresa de una canasta básica o plan básico de prestaciones. El MSP define el mínimo de prestaciones que las mutualistas deben brindar al afiliado, por el monto de la cuota.

El gasto en salud en el Uruguay se ubica en aproximadamente el 10% del PBI (correspondiendo al subsector público alrededor del 2.8 %). Si bien puede considerarse un porcentaje elevado, es ineficiente desde el punto de vista macroeconómico y microeconómico. La principal fuente de financiamiento del MSP es el presupuesto nacional quinquenal a través de impues-

⁷ Censo de Población, INE 1996.

tos directos (88 % del presupuesto total del MSP) y el resto por vía no tributaria (precios 8,7 %, y proventos 3,3%).⁸ No existe un proceso de información único ni sistemático sobre el financiamiento del gasto en salud del país⁹. El porcentaje de gasto destinado a los programas de promoción, prevención y vigilancia epidemiológica es sensiblemente bajo en el subsector público y nulo en el subsector privado, confirmando la afirmación realizada anteriormente que el sistema de salud en Uruguay está sustentado en un modelo técnico – asistencialista de recuperación de la salud.

La coexistencia de tres subsistemas (público, privado y privado – social) en el doble escenario geográfico (Montevideo e interior del país), la superposición de servicios, la descoordinación interinstitucional, la falta de definición de prioridades, las carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control, cuestionan al conjunto de instituciones de asistencia como un sistema organizado generando impactos sobre la calidad asistencial y los costos de la atención. (Fernández et al, 2002).

Los intentos de reforma del sistema de salud

Las políticas de desarrollo en el Uruguay de los últimos 30 años han experimentado un viraje profundo. Desde determinados sectores, se fue enfatizando la idea que el viejo modelo de Estado benefactor ya no era más sostenible y debía ser remplazado. La fórmula de “economías en transición” sirvió para designar estas reformas orientadas al mercado que comenzaron a ponerse en práctica en la década del 70. Uruguay comenzó a procesar luego de la transición democrática, en 1985, las reformas institucionales (llamadas de “segunda generación”): la reforma de la seguridad social, de la educación, de la gestión administrativa del Estado, y de la salud, entre otras. (Fernández et al, 2002)

El tránsito de las reformas de “primera generación” parece hoy completo. Según los estudios de Morley (Morley et al, 1999), Uruguay aparece como uno

⁸ Ministerio de Salud Pública (1996). El Gasto en Salud en Uruguay años 1994 y 1995. Montevideo: MSP - Proyecto Fortalecimiento Institucional del Sector Salud (FISS. Mimeo.)

⁹ Ministerio de Salud Pública (1998). Análisis y tendencias de la salud en Uruguay. Montevideo: Ministerio de Salud Pública – Fortalecimiento Institucional del Sector Salud.

de los países más tempranamente reformados en la región y como el más reformado en una lista de 17 países de América Latina. Sin embargo, los estudios tienden a resaltar que la reforma del estado en Uruguay ha sido atípica cuando se la compara regionalmente, en particular por tener componentes estatistas junto con formas gradualistas de procesar e introducir reformas.

Según Fernández (2002) el *“carácter de la reforma “desobediente” a las tendencias marcadas por los organismos internacionales, ha llevado a una relativamente buena performance social frente a la situación de Latinoamérica. Esta performance social no sólo está relacionada con las políticas sociales y la forma en la que fueron reformadas, sino que también se debe a que el régimen welfare state subsiste de manera casi intacta.”*¹⁰

El estado uruguayo sigue teniendo una presencia poderosa y hegemónica en la vida cotidiana de los ciudadanos/as que no condice con las condiciones y compromisos asumidos frente a los organismos internacionales de crédito y fiscalización. Esto implicó transitar por soluciones atípicas para avanzar en su reforma.

Los intentos de reforma del sector salud, inscriptos en un proceso de reforma del Estado, siguen también una pauta gradualista. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, fueron cautelosos al plantear innovaciones, quizás en consideración a la necesidad de alcanzar otros consensos “centrales” de la agenda. Esa cautela coincide también con rasgos culturales que mediatizan y gradualizan los cambios en todas las áreas de la vida social.

Las innovaciones emprendidas se han caracterizado por acciones que no reflejan necesariamente una articulación así como tampoco lineamientos claros que permitan comprender su orientación. La reforma del sector salud no ha ocupado un lugar visible en el debate público.

Según el Informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el sistema de salud y la reforma en Uruguay (2002), el hecho más relevante de

¹⁰ Fernández, J., Mitjavilla, M., Moreira, C., (2002) Propuestas de reformas en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del welfare state?. Cuadernos de Saúde Publica, Río de Janeiro.

los últimos 15 años en el subsector público fue la separación de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en una administración aparte: la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE; artículo 275 de la Ley 15903 del 10 de noviembre de 1987). Si bien ASSE continúa bajo la dependencia del Ministro de Salud Pública, la ley de su creación le otorga la potestad de transferir sus servicios a las municipalidades, realizar convenios con las instituciones privadas e incluso la gestión de determinadas cantidades de los presupuestos de los establecimientos por los llamados "Grupos de Apoyo" (vecinos de la localidad). La creación de ASSE puede señalarse como el comienzo de una incipiente reforma del sector público que no se ha profundizado. En Uruguay no existe, hasta el momento, un proceso que intente reformar al sector salud en su totalidad.

La crisis que afecta a la globalidad del sistema de salud ya no es posible de ser eludida por los actores políticos. El déficit insostenible del seguro social de salud (mutualismo), el modelo asistencialista tecnocrático hegemónico, el escaso desarrollo de políticas de promoción y prevención, las emergentes problemáticas socio - sanitarias que configuran nuevas demandas en salud, la inequidad del sistema, la formación de los recursos humanos, el fortalecimiento del primer nivel, la calidad de atención de los servicios, deben imponerse a los bloqueos políticos que han inhabilitado un proceso más acelerado de transformaciones, al anteponerse intereses corporativos a los intereses colectivos.

La realidad del sistema de salud exige transitar desde un patrón de "reestructuración pasiva" del sector hacia una política activa. Se deberán recuperar las distintas propuestas que se han elaborado desde 1985, provenientes de actores de naturaleza distinta (Concertación Nacional Programática en 1985, Federación Uruguaya de la Salud, Sindicato Médico del Uruguay, Programa de Fortalecimiento del Sector Salud – BM, entre otras) para proyectarlas en una nueva realidad sanitaria, social y económica que no admite mayores dilaciones. Para ello, parece clave analizar la capacidad política de los distintos actores para lograr los consensos básicos necesarios para el desarrollo de una política nacional en salud que garantice el derecho a la salud de toda la población, y que tenga como horizonte ético la equidad en salud.

En este nuevo escenario, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, puede encontrar un terreno más favorable donde poder articularse en una estrategia de transformación del sistema de salud en Uruguay. Pero, la misma debería plantearse no sólo resolver los problemas prioritarios que enfrenta el sector, sino hacerlo desde una perspectiva que refuerce el rol del Estado como garante del ejercicio del derecho a la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para toda la población.

Programas y servicios de salud reproductiva: reseña y situación actual.

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

En el año 1996, y como primer efecto de la CIPD (1994) se inauguraron en el subsector público de la salud, dos Programas en Salud Reproductiva que incluyeron las prestaciones en anticoncepción. En los documentos de creación de ambas iniciativas, los programas se formulan desde la perspectiva del cambio de paradigma que introduce la CIPD, y en la necesidad de avanzar en el reconocimiento de los derechos reproductivos de la población. Los dos programas contaron inicialmente con apoyo financiero del UNFPA.

En el ámbito del gobierno de Montevideo se inicia el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), el cual se desarrolla actualmente en las 20 Policlínicas municipales, a través de tres subprogramas: Maternidad Infor-

mada y Voluntaria; Control del Embarazo y Puerperio y Detección Oportuna del Cáncer Genito Mamario. El PAIM cuenta con presupuesto genuino, integrándose como parte de las políticas sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). Incorpora a las tradicionales prestaciones de control de embarazo y puerperio, la detección oportuna del cáncer genito mamario y servicios de anticoncepción mediante métodos hormonales orales e inyectables, DIU y preservativos, y más recientemente anticoncepción de emergencia. Los métodos anticonceptivos se ofrecen a costo de reposición, y el banco de métodos es administrado por Comisiones de Vecinas/os de apoyo al PAIM. Desde el año 2001, la IMM ha puesto en marcha el Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para Montevideo, que cuenta con un componente y líneas de acción en Derechos Sexuales y Reproductivos. El mencionado Plan es, al momento, la única experiencia de política pública, que tiene como finalidad la equidad de género. No existe un Plan de estas características para todo el territorio nacional.

En el MSP, se inaugura, también durante 1996, el Programa Maternidad y Paternidad Elegida, que se inició como proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, siendo definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de salud. Se estableció el compromiso del MSP de dotarlo de recursos genuinos para su continuidad una vez finalizado el apoyo internacional. Instaló servicios de planificación familiar, en los 10 Centros de Salud en Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los cuales, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial, no tuvieron la continuidad esperada. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país. El Programa Maternidad y Paternidad Elegida fue un programa vertical no integrado en la estructura de servicios del MSP, coordinado desde la Dirección General de la Salud y con escasa articulación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), instancia responsable por la gestión de los servicios de salud del MSP. Esta situación dificultó severamente su desarrollo, junto con el tímido compromiso de las autoridades del momento sobre la importancia de las políticas en salud sexual y reproductiva, las cuales eran vistas más como un "lujo" que como un derecho. Ya habían pasado casi cinco años de la CIPD, y si bien se registraban avances en las políticas, éstas no daban cuenta de los cambios que el país necesitaba en esta materia.

El trabajo desarrollado por las organizaciones de mujeres y feministas¹¹ camino a Cairo + 5 (1999) fue sustancial para que Uruguay participara activamente en el proceso global de reafirmación de la Plataforma de Acción de la CIPD. Por primera vez, la Delegación Oficial del país incluye a representantes de las organizaciones de mujeres, así como a integrantes del gobierno central y municipal de Montevideo. En el documento de país que Uruguay presentó en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se hizo referencia al cambio demográfico significativo por el cual atraviesa la población uruguaya y la necesidad de políticas públicas que abordasen las nuevas problemáticas sociales en salud y derechos sexuales y reproductivos. Se reconocía así, de manera oficial, que Uruguay había dejado de ser un “país sin problemas de población”. La reafirmación de los países a la CIPD a cinco años de la elaboración de la Plataforma de Acción, significó para Uruguay el impulso y respaldo necesario para avanzar en las políticas de salud sexual y reproductiva. Y en este proceso, el rol y la estrategia desarrollada por las organizaciones de mujeres y feministas fue sustantivo. Principalmente por colocar en la visibilidad pública, el campo de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, a través de la construcción de canales de diálogo con diferentes actores políticos y sociales y mediante el desarrollo y la ampliación del debate social con la ciudadanía en general y las mujeres en particular.

En este escenario, el MSP decide en el año 2000 el cese de la ejecución del Programa Maternidad y Paternidad Elegida y el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE. En Montevideo se implementó, en el marco del SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa, unidad ejecutora de los servicios del primer nivel del MSP en Montevideo), el *Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM)* el cual se puso oficialmente en marcha el 8 de marzo del año 2001, integrándose a la estructura de servicios ministerial, con presupuesto genuino. El Programa SIM funciona en los diez centros de salud del primer nivel de atención en Montevideo, ofreciendo en sus prestaciones atención en métodos anticonceptivos de manera gratuita.

¹¹ El proceso es liderado por las organizaciones MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) y la CNS (Comisión Nacional de Seguimiento. Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía). Ver www.mysu.org.uy y www.chasque.net/comision, respectivamente.

Con los mencionados Programas, y por primera vez, se comienzan a generar condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de la consulta gineco-obstétrica. Los servicios de atención en salud reproductiva incluyentes de prestaciones en anticoncepción han ido progresivamente teniendo cobertura nacional. En tal sentido, el *Relevamiento de Servicios Públicos de Salud Reproductiva*¹², muestra que existen 50 servicios públicos del MSP que incluyen prestaciones en anticoncepción en el interior del país, con diferencias en la calidad de sus prestaciones, así como en la disponibilidad y continuidad de insumos.

El Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM – MSP)

El inicio del Programa SIM significó un cambio importante en las políticas de salud reproductiva desarrolladas hasta el momento en el país. Su creación señala una tendencia al fortalecimiento del primer nivel de atención, la ampliación de la cobertura de los servicios del MSP y el inicio de un camino en el cambio del modelo de atención. Ello se refleja, por un lado, en una actitud diferente del Estado respecto a las políticas en salud reproductiva, expresada por la inclusión de nuevos servicios a la cartera de prestaciones; y por otro lado, en la tendencia a la descentralización, con transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del primer nivel, que tiene en el Programa SIM una de sus concreciones.

La población de Montevideo (1.344.839 habitantes¹³) tiene en un 40% cobertura asistencial brindada por el MSP¹⁴. El Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE-MSP) coordina el primer nivel de atención, a través de una red estructurada por 10 Centros de Salud que tienen dentro de su área, una serie de policlínicas dependientes y consultorios de médicos de familia. Estos efectores del SSAE efectuaron 1.200.000 consultas durante el año 2001 y cuentan con una población usuaria aproximada de 123.000 de mujeres entre 10 y 49 años.

¹² Guía de Servicios Públicos en Salud Reproductiva en Uruguay. MYSU – UNFPA, Montevideo diciembre 2002.

¹³ Fuente Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo de Población, 1996.

¹⁴ Fuente: INE, Idem anterior.

El SSAE - MSP decidió incorporar a través del Programa SIM, las prestaciones en anticoncepción en conjunto con captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y cuello uterino, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y anticoncepción. Se propuso además promover la sensibilización y capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género y la formación de grupos de mujeres como estrategia socio-educativa y preventiva.¹⁵

La investigación *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*.¹⁶, permitió identificar una serie de factores que intervenían en la implementación del Programa SIM. Los mismos refieren a tensiones presentes entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención (modelo materno infantil), y la propuesta de construir un modelo integral de atención en salud sexual y reproductiva. Los conflictos identificados se pueden resumir de la siguiente manera:

- ◆ conflicto en el cambio de un modelo centrado en el enfoque materno infantil, a un modelo centrado en el enfoque de la salud reproductiva desde una perspectiva integral y de género;
- ◆ conflicto en el cambio de un modelo centrado en lo asistencial, a un modelo que se sustenta en la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria;
- ◆ conflicto en el cambio de un modelo sostenido en la figura del médico en tanto “actor” principal, a un modelo que promueve la conformación de equipos de salud multiprofesionales con una perspectiva interdisciplinaria;
- ◆ conflicto en el cambio de un modelo sostenido sobre una concepción biomédica de la salud, a un modelo que se fundamenta en una concepción integral de la salud;
- ◆ conflicto en el cambio de un modelo focalizado en la figura de la mujer – madre, a un modelo que considera a la mujer en tanto suje-

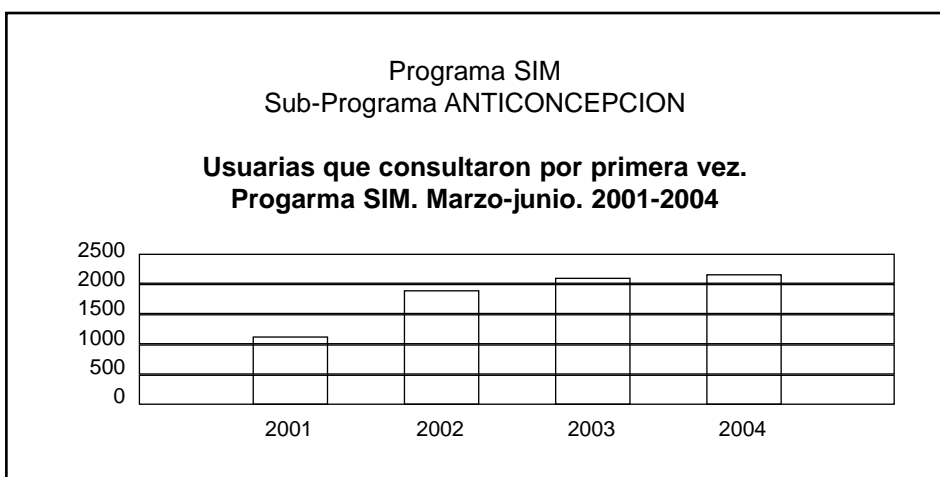
¹⁵ Documento Propuesta: Salud Integral de las Mujeres Usuarias del SSAE: Líneas Programáticas en construcción. SSAE –MSP, febrero 2001

¹⁶ Ob.Cit.

to integral cuyas necesidades en salud se producen a lo largo del ciclo vital;

- ◆ conflicto en el cambio de un modelo que considera a la mujer usuaria en tanto "objeto" de la atención, a un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el empoderamiento y el ejercicio de la ciudadanía.

A casi cuatro años de su inicio, el Programa SIM ha logrado consolidar su presencia en los Centros de Salud del MSP del primer nivel de atención en Montevideo. Amplió el número de usuarias, así como la cobertura y el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos. El cuadro que a continuación se presenta, muestra el incremento sostenido de nuevas usuarias en las prestaciones de anticoncepción.



Fuente: Programa SIM – MSP, setiembre 2004.

Asimismo, amplió la oferta de métodos anticonceptivos. También se ha consolidado la disponibilidad de insumos, no habiéndose registrado discontinuidades, a partir del segundo año de implementación. Este punto es central en el análisis de la consolidación de una política de estas características, especialmente cuando se trata de contextos económicos restrictivos como los que atraviesa el país. El siguiente cuadro muestra los métodos anticonceptivos ofrecidos al inicio del Programa y la oferta actual de métodos.

Programa SIM
Sub-Programa ANTICONCEPCION

Canasta de anticonceptivos 2001

- Microgynom
- Triquilar
- Exluton
- DIU
- Preservativos

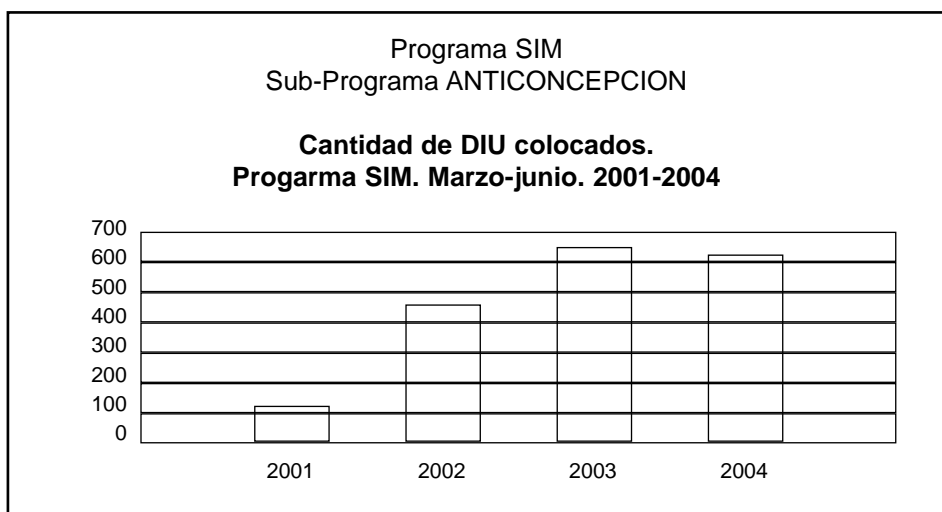
Canasta de anticonceptivos 2003

- Microgynom
- Triquilar
- Exluton
- DIU
- Preservativos
- Norigynon
- Anticoncepción de emergencia

Fuente: Programa SIM – MSP. Setiembre 2004.

Se incluyó la anticoncepción de emergencia a través de productos dedicados y del método de Yuspe.

El siguiente cuadro muestra los datos sobre colocación de DIU desde los inicios a la fecha. Tomemos en consideración que la colocación de DIU fue uno de los aspectos más conflictivos en la implementación del Programa SIM que se manifestó en barreras de diversa entidad (económicas, ideológicas y culturales) en los proveedores/as a cargo de esta función.



Fuente: Programa SIM – MSP. Setiembre 2004.

Se elaboró folletería institucional dirigida a las mujeres sobre distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva, con el objetivo de brindar información, difundir el Programa y generar demanda calificada en la población usuaria. Finalmente, a partir de 2003, en el marco del Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo ubicado en Secretaría de Presidencia de la República con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, se logró articular una serie de acciones relativas a la capacitación del personal de salud en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos, de modo de fortalecer el desarrollo del programa, y dar respuesta institucional a una necesidad de los equipos de salud. En el marco de este Programa, se han desarrollado las siguientes acciones: capacitación a 250 profesionales no médicos de los servicios públicos del MSP de todo el país (enfermeras/os, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, parteras), formación de 250 promotores y promotoras juveniles en salud sexual y reproductiva, impresión y distribución en los Centros de Salud del MSP de 1.000 ejemplares del informe de la investigación, selección y capacitación de 50 agentes socio-educativos para el desarrollo de estrategias comunitarias en salud sexual y reproductiva con énfasis en prevención de embarazo no deseado dirigidas a la población adolescente y juvenil, entre otras. Se proyecta para este año, la capacitación de 250 médicos/as generales, gineco-obstetras y de familia. Las capacitaciones estuvieron a cargo de MYSU y de la Universidad de la República a través de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología., instituciones que fueron seleccionadas luego de un llamado público a licitación de propuestas técnicas.

El Programa SIM implicó un punto de inflexión en las políticas públicas en salud reproductiva en el país, fundamentalmente por tres razones:

1. significó un avance en la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, al incluir por primera vez en sus servicios públicos, prestaciones que superaban el tradicional paradigma de la salud materno – infantil.
2. Implicó el fortalecimiento del primer nivel de atención, no sólo mediante la ampliación de sus prestaciones, sino en especial al desafiar la cultura organizacional y el funcionamiento de los servicios, proponiendo un modelo integral de atención.
3. Constituyó el primer paso hacia la incorporación de la atención en

salud sexual y reproductiva en los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Las políticas en salud sexual y reproductiva en Uruguay se enfrentan al desafío permanente de su construcción. En tal sentido, hay varios asuntos que deberán colocarse en la lupa para un análisis detenido que permita avanzar de manera sostenible y sustentable. A los solos efectos de anotar los más significativos:

- La consolidación de una política nacional en salud sexual y reproductiva que integre a todo el sistema de salud y no solamente al subsector público, sostenida en un criterio de equidad y derechos.
- La integralidad de las políticas en salud sexual y reproductiva. Desde esta perspectiva, uno de los retos planteados en la implementación de los Programas en salud sexual y reproductiva, refiere a las prestaciones en salud sexual las cuales quedan habitualmente ubicadas como un subconjunto de la salud reproductiva.
- La definición de normativas en salud sexual y reproductiva. Han habido algunos avances tanto en la elaboración como en la aprobación de normativas. Se elaboraron las normas sanitarias en anticoncepción (aún no publicadas), las referidas a Adolescentes, y fueron aprobadas en agosto de 2004 las normas y guías clínicas para la atención pre y post aborto. Está pendiente una difusión amplia de las normativas tanto a profesionales y servicios como a la población usuaria, de modo de avanzar en la implementación en todo el país.

capítulo 3

Hacia la consolidación de una política de salud reproductiva en el Uruguay

Los derechos sexuales y reproductivos son, para el movimiento de mujeres y feminista del Uruguay, un eje central de su agenda. Los componentes principales de su estrategia son la articulación con otros actores sociales diversos, el involucramiento activo de la ciudadanía mediante la promoción del debate social y la construcción de consensos sociales para la definición de políticas públicas. Hoy, en el país, la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos, han adquirido visibilidad y reconocimiento como nunca antes. Un ejemplo reciente es el proceso en torno al *Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva*. Este proyecto ubicaba al Estado como garante de los derechos sexuales y reproductivos, universalizaba los servicios de anticoncepción, postulaba el desarrollo de políticas de educación sexual, promovía la maternidad y paternidad elegida, y legalizaba el aborto por sola voluntad de la mujer hasta las 12 semanas de gestación.

Este proyecto fue aprobado favorablemente en Cámara de Diputados en diciembre de 2002, pero fue votado negativamente, por una diferencia de 5 votos, en Cámara de Senadores en mayo de 2004. A pesar de ello, el proceso de debate social y político, el involucramiento activo de la ciudadanía, y la concertación de actores (sociales, políticos, religiosos, académicos) generada a favor del proyecto de ley, han colocado a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, como un asunto ineludible de la agenda pública con un fuerte componente de demanda ciudadana. Ese proceso social y político parece irreversible.

El proceso de debate en relación al mencionado proyecto de ley, se inició pocos meses después del lanzamiento del Programa SIM. La confluencia de estos elementos, junto con la creciente crisis socio – económica y sanitaria que vive el país, favoreció la formulación de nuevas demandas sociales en salud y derechos sexuales y reproductivos, y permitió avanzar en mecanis-

mos interinstitucionales para profundizar y avanzar en el reconocimiento de estos derechos. En tal sentido, desde marzo de 2004 funciona la *Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva*, la cual fue creada por decreto del MSP, en el marco de la Comisión Intergubernamental MERCOSUR en Salud Sexual y Reproductiva. Esta última fue creada por la Cumbre de Ministros de Salud del MERCOSUR y países asociados para el trabajo articulado en la región en el marco de los compromisos asumidos en CIPD a diez años de su realización, reafirmando la vigencia de la Plataforma de Acción. La Comisión Nacional esta integrada por instituciones gubernamentales, académicas, sociedades científicas y organizaciones de mujeres, y es hoy el único mecanismo intersectorial e interinstitucional a los efectos de impulsar y dar seguimiento a una política nacional en la materia.

En agosto de 2004, y apenas a tres meses de que el proyecto de ley mencionado no lograra la aprobación del Senado de la Republica, el MSP aprueba las Normas Sanitarias y Guías Clínicas para la Atención Pre y Post Aborto¹, como una respuesta institucional a una problemática de alto impacto en el país: el aborto inseguro. Uno de los desafíos planteados actualmente es la implementación de la Normativa sanitaria la cual es un paso importante para dar respuesta a esta realidad. Pero, el cambio legislativo, en el marco de una propuesta integral como la planteada, sigue vigente en la agenda de diversos actores para ser colocada en el nuevo período de gobierno que se instaló el 1 de marzo de 2005.

En este escenario, las políticas en salud sexual y reproductiva, podrían encontrar nuevas oportunidades para su consolidación, integración y expansión. En tal sentido, algunos elementos son sustantivos para garantizar una articulación de la salud sexual y reproductiva en un contexto de transformación del sistema de salud:


1. La creciente demanda social de acceso a la atención en los distintos componentes de la salud sexual y reproductiva.

¹ Ordenanza 369 del MSP. Aprobación de las normativas en "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de Protección Materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo". Agosto de 2004.

2. El proceso de articulación y los mecanismos de diálogo generados entre actores gubernamentales, no gubernamentales y académicos, y los acuerdos logrados en aspectos centrales de la agenda.
3. La presencia de una sociedad civil organizada, y en especial del movimiento de mujeres y feminista, con capacidad propositiva, de diálogo, seguimiento y monitoreo.
4. El involucramiento del sector médico en la agenda de derechos sexuales y reproductivos.
5. Una creciente presencia en medios de comunicación de esta agenda.
6. El compromiso asumido públicamente por sectores políticos mayoritarios de avanzar en políticas y programas de salud, así como en materia legislativa, para el reconocimiento del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
7. El involucramiento de la población y de la participación ciudadana en la agenda de derechos sexuales y reproductivos, los cuales progresivamente son integrados como parte fundamental de los derechos humanos en interrelación con los otros derechos sociales, económicos, políticos y culturales.

Las transformaciones del sector salud y su articulación con la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, debe ser analizada en el marco amplio y complejo que interrelaciona el escenario global, regional y nacional. Comprender esta compleja articulación, nos invita a reflexionar sobre el contexto socio-histórico y político, analizando el proceso de (re)construcción del contrato social, el proceso de transformación del Estado y el ejercicio de su papel como garante de derechos, el rol político de las organizaciones de mujeres y feministas, y la construcción cotidiana de la vida democrática y el ejercicio de la ciudadanía.

Bibliografía consultada



ABRACINSKAS, L., LOPEZ GOMEZ, A., (2004) Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay. Un escenario cambiante. MYSU / DAWN. Montevideo.

AVILA, M. B. (2000). "Derechos reproductivos y ciudadanía" en: Agenda de Acciones en Género, Ciudadanía y Desarrollo, Advocacy en Derechos Reproductivos y Sexuales. Workshops Nacionales, SOS CORPO, Género y Ciudadanía, Brasil

CNS Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía (2004). Agenda de las Mujeres. Una propuesta política. Montevideo.

Comisión Nacional de Seguimiento (CNS) de los compromisos de Beijing (1999). El Estado uruguayo y las mujeres. Monitoreo de Políticas públicas. Montevideo.

DUFAU, G., LOPEZ GOMEZ, A., ABRACINSKAS, L., ROSTAGNOL, S., FILGUEIRA, N., (2003) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Diagnóstico nacional y balance regional. Cladem Uruguay - MYSU. Montevideo.

DE SOUZA MINAYO, C. y CRUZ NETO, O. (1999). "Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud" en: Castro, R., Bronfman, M. (comp.) Cambio Social, Salud y Política. México.

ECHEVESTE, L. y MITJAVILA, M. (1992). La medicalización de la reproducción humana. Las desigualdades de clase y de género en los discursos médico – sanitarios sobre la lactancia materna. Serie Investigaciones N° 64. CLAEH, Montevideo.

FERNÁNDEZ, J., FILGUEIRA, C., FILGUEIRA, F. y MOREIRA, C. (1998). Political environments, sector specific configurations and strategic devices: understanding institutional reform in Uruguay. Informe presentado al Banco

Interamericano de Desarrollo, CIESU, Montevideo.

FERNANDEZ, A. M. (1993). La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre mujeres y varones. Ediciones Paidós. Buenos Aires.

GÜIDA, C. (2003). El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas. Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). Tomo 6, N° 3. Montevideo.

JOHNSON, N., MOREIRA, C. (2003). Democracia, género y equidad. Aportes para el debate sobre los mecanismos de acción afirmativa. Análisis y propuestas. FESUR. Montevideo.

LANGER, A. (1999). "Planificación Familiar y Salud Reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva" en: Castro, R., Bronfman, M. (comps.) Cambio Social, Salud y Política. México.

LANGER, A. y NIGENDA, G. (2000). Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades. Ed. Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, BID. México.

MOREIRA, C. (1999). Salud Reproductiva, políticas de salud y participación de la sociedad civil. Conferencia dictada en actividad organizada por MYSU en el marco del 28 de Mayo "Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer". (xerox) Mujer y Salud en Uruguay. Montevideo.

MOREIRA, C. (2003) Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay. Montevideo (Xerox)

MOSER, C. (1991). "La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género" en Guzmán, Portocarrero, Vargas (comps.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres – Flora Tristán. Perú

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). El sistema de salud en Uruguay.

PNUD – CEPAL (2001). Informe de Desarrollo Humano Uruguay 2001. Montevideo.

SEGURA, J. (1995). "La noción de comunidad y el equipo de salud" en: AREA 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Nº 2/ Una mirada psico-social sobre el acto médico. Madrid.

SEGURA, J. (1996). "El equipo y la institución: ¿Cuidadores del profesional? en: AREA 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Nº 3/ El cuidado de los profesionales. Madrid.

SCOTT, J. (1996). "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en: Marta Lamas (comp.) El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa – PUEG/UNAM. México

VERDES – MONTENEGRO, J.C. (1995). "La concepción de salud y enfermedad en el Centro de Salud. ¿Modelo organicista o modelo integral? en: AREA 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. Nº 2/ Una mirada psico-social sobre el acto médico. Madrid.

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

