

Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género

Facultad de Psicología



Universidad de la República



Con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas



DEL ENFOQUE MATERNO INFANTIL AL ENFOQUE DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Tensiones, obstáculos y perspectivas.

Ps. Alejandra López Gómez

(Investigadora Principal)

Dr. Wilson Benia

Dra. Myriam Contera

Dr. Carlos Güida

MONTEVIDEO – URUGUAY

2003

El contenido de la presente publicación ha sido elaborado a partir de la Investigación:

“Factores vinculados a la inserción de un Programa de Salud Integral de la Mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil. Montevideo. 2001.”

Equipo de investigación:

Ps. Alejandra López (Investigadora Principal).

Dr. Wilson Benia.

Dra. Myriam Contera.

Dr. Carlos Güida.

Dra. Laura Echeveste.

Encuestadoras:

Lic. María Alejandra Gutiérrez.

Lic. Natalia Paccini.

Lic. Andrea Viera.

Desarrollada por:

- Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.
- Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE). Administración de Servicios de Salud del Estado. Ministerio de Salud Pública.

Con el Apoyo de:

- Programa para incrementar los vínculos entre Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud (VINREPLAC). Fundación Mexicana de la Salud.

AUTORES/AS:

Ps. ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ (INVESTIGADORA PRINCIPAL)

Psicóloga. Especializada en género, sexualidad y salud reproductiva. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, donde es coordinadora de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Integrante de la Red Temática de Estudios de Género de la UDELAR. Integrante de la coordinación de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). Consultora en diversas instituciones en temas de su especialidad. Cuenta con publicaciones en la materia.

DR. WILSON BENIA

Médico. Magister en Epidemiología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Prof. Adjunto del Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR) Investigador asociado de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología (UDELAR). Coordinador del Programa de Salud Integral de la Mujer del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE-ASSE-MSP).

DRA. MYRIAM CONTERA

Médica. Especialista en Epidemiología. Especialista en Salud Pública. Prof. Agregada del Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR) Investigadora asociada de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología (UDELAR).

Jefa del Departamento Técnico del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE-ASSE-MSP).

DR. CARLOS GÜIDA

Médico. Coordinador de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género y Docente del Área de Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Fellow de ASHOKA – Emprendedores Sociales, coordinando el Programa “Varones, masculinidades y democracia”. Coordinador del “Área Adolescentes, Género y Salud” de la Asociación Civil Gurises Unidos.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a las autoridades del Ministerio de Salud Pública, a los y las profesionales de los Centros de Salud y especialmente a las mujeres usuarias de los servicios.

Agradecemos particularmente a la Fundación Mexicana para la Salud, que con su interés y apoyo hizo posible esta investigación; y al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) cuyo apoyo permitió concretar esta publicación.

Asimismo, nuestro reconocimiento a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por el apoyo brindado para la difusión de los resultados de la investigación, en jornadas con profesionales y técnicos.

■ INDICE

Presentación	9
Prólogo	11
1.- INTRODUCCIÓN	13
1.1.- Justificación del Estudio.	13
1.2.- Uruguay en el contexto latinoamericano.	14
1.3.- El sistema de salud en Uruguay: algunos nudos en las propuestas de Reforma del Sector	16
1.4.- Políticas de salud reproductiva en Uruguay. Reseña y situación actual.	20
2.- MARCO TEORICO	25
2.1.- El enfoque MED y el enfoque GED en el campo de la salud	25
2.2.- La salud como construcción: integralidad y complejidad.	26
2.3.- La salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos: un nuevo paradigma. ...	28
2.4.- El género como categoría de análisis en el campo de la salud reproductiva.	30
2.5.- Varones, salud reproductiva y servicios.	31
2.6.- Calidad de atención y calidad de servicios.	32
2.7.- Reforma del sector salud y salud reproductiva.	33
3.- ASPECTOS METODOLOGICOS	35
3.1.- Fundamentación	35
3.2.- Criterios de selección de ámbitos de estudio: Centros de Salud.	35
3.3.- Técnicas para la recolección de la información.	36
3.3.1.- Análisis documental.	36
3.3.2.- Observación de Centros de Salud.	36
3.3.3.- Entrevistas a informantes clave: técnicos/as y directores/as de Centros de Salud.	37
3.3.3.1.- Análisis de las entrevistas.	37
3.3.4.- Entrevistas a autoridades del Ministerio de Salud Pública.	38
3.3.5.- Encuesta a mujeres usuarias de los Centros de Salud.	38
3.3.5.1.- Población y muestra	38
3.3.5.2.- Instrumento.	39
3.3.5.3.- Recolección y elaboración de los datos.	39
3.3.6.- Entrevistas a mujeres usuarias de los Centros de Salud.	39
4.- CONSIDERACIONES ETICAS	41
5.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS	43
5.1.- El contexto socio-económico e institucional como texto de la investigación.	43
5.2.- Características socio-demográficas de las mujeres usuarias de los Centros de Salud. .	44
5.3.- Dimensiones de Análisis.	49

5.3.1.- Factores vinculados a la tensión entre los enfoques de la salud reproductiva y de la salud materno infantil	50
5.3.1.1.- Desde la perspectiva de las mujeres usuarias.	50
5.3.1.2.- Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as	55
5.3.2.- Factores vinculados a las representaciones sobre las mujeres usuarias	58
5.3.2.1.- Las percepciones de las mujeres usuarias sobre sí mismas.	58
5.3.2.2.- Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as	62
5.3.3.- Factores vinculados a la conciencia y ejercicio de derechos sexuales y de derechos reproductivos.	64
5.3.3.1.- Desde la perspectiva de las mujeres usuarias	64
5.3.3.2.- Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as	67
5.3.4.- Factores vinculados al lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas.	71
5.3.4.1.- Desde la perspectiva de las mujeres usuarias	71
5.3.4.2.- Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as	73
5.3.5.- Factores vinculados al modelo de atención: aspectos funcionales y operativos del Programa y los servicios	74
5.3.5.1.- Desde la perspectiva de las mujeres usuarias	74
5.3.5.2.- Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as	78
6.- CONCLUSIONES	85
7.- RECOMENDACIONES	93
8.- BIBLIOGRAFIA CITADA	95
9.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	101
10.- DOCUMENTOS CONSULTADOS	148
11.- ANEXOS	149

■ Presentación

La investigación científica es una función altamente valorada en muchas sociedades. Sin embargo, a pesar del alto reconocimiento social que normalmente se le confiere, la investigación suele ser una práctica limitada a ciertos círculos académicos y universitarios. Esto también se encuentra determinado por el hecho de tratarse de una actividad que sólo pueden llevar a cabo individuos entrenados por largos años específicamente para ello. Finalmente, la idea difundida de que los científicos son personas que viven en la luna, mascullando viejas ideas y nuevos proyectos, también ha puesto su cuota para hacernos creer que, acceder a esas áreas del quehacer social es sólo para unos cuantos. Por otra parte, es posible hacer investigación sobre cualquier fenómeno natural o social a fin de entender la forma en la que se comporta y los principios que lo rigen.

A pesar de lo señalado en el párrafo anterior, es importante hacer llegar a la sociedad el mensaje de que la investigación, a pesar de su alto nivel de especificidad, puede ser traducida en cuestiones de naturaleza práctica. La salud pública es un campo del conocimiento que identifica los aspectos relacionados con la salud de las poblaciones y la forma en la que éstas buscan darles respuesta. En virtud de que la salud pública se interesa por temas de alta sensibilidad social, a diferencia de otras áreas que generan nuevo conocimiento, la orientación del campo debe ser sumamente aplicativa, es decir, se debe buscar hacer llegar la nueva información a los actores interesados en re-estructurar la respuesta social ante los problemas de salud-enfermedad de las poblaciones.

Dos fenómenos dentro del gran campo de la salud pública son los procesos de reforma de los sistemas de salud y las intervenciones en el área de salud sexual y reproductiva. Ambos han transitado de manera paralela en los últimos años a partir de su generación e impulso –en el caso de la reforma- y de la creación de nuevos paradigmas de concepción y aplicación –en el caso de la salud sexual y reproductiva. Es apenas en los últimos 10 años que los esfuerzos por articular sus desarrollos han empezado a generar innovaciones importantes. Este objetivo no es fácil de lograr por diversas razones. Entre ellas se encuentran los lenguajes con que cada grupo entra en el escenario. Mientras que los reformistas estructuran su discurso en términos de la eficiencia y el desempeño del sistema en su conjunto, los grupos que promueven el nuevo enfoque de salud sexual y reproductiva lo hacen en términos de derechos. En teoría, distintos discursos no tendrían por qué no encontrar acuerdos. Sin embargo, a su vez el lenguaje suele estar estructurado sobre un conjunto de valores y visiones del mundo que no son totalmente compatibles y superar estas diferencias es mucho más complicado.

Los esfuerzos para lograr esta interacción se han multiplicado en diversas partes del mundo y América Latina no es la excepción. En la región se encuentran en plena operación diversas iniciativas que persiguen ese objetivo. Particularmente, en el año 2000 la Fundación Mexicana para la Salud recibió un donativo de la Fundación Rockefeller para estimular la interacción entre los procesos de reforma del sector y los programas de salud sexual y reproductiva a través del apoyo a la investigación científica. Nos abocamos a la tarea de rastrear instituciones académicas e investigadores interesados en el campo y después de un largo proceso identificamos 5 grupos de trabajo en Bolivia, Colombia, Perú y Uruguay quienes ejecutaron estudios durante el 2002.

Nuestra mirada desde el inicio del proyecto, siempre fue dirigida a fomentar la interacción entre investigación y toma de decisiones en salud para buscar garantizar que la información generada por los estudios, fluyera naturalmente hacia los tomadores de decisiones. Sabemos que, en nuestra

realidad latinoamericana, la dinámica de los cambios en las instituciones y las estructuras es tal, que resulta difícil garantizar relaciones de largo plazo, por lo que es imprescindible apuntar nuestras fuerzas a institucionalizar el uso de información en la toma de decisiones.

Los trabajos apoyados fueron por demás interesantes y al cabo de casi tres años de proyecto empiezan a generar resultados. El estudio coordinado por la Psic. Alejandra López y colaboradores para el Uruguay es de suma relevancia desde el punto de vista que construye un análisis político a partir de la perspectiva de los actores involucrados en el proceso. A diferencia de países con programas de salud sexual y reproductiva que datan de décadas, como es el caso de México, el Uruguay está iniciando el tránsito a establecer programas en esta área lo cual ofrece una gran cantidad de retos, pero también de oportunidades. Además lo hace con una perspectiva del enfoque moderno de estos programas a través del Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM). El gran reto del programa es quizás articularse con el proceso de reforma en salud a fin que la población tenga acceso a los servicios que ofrece en un marco de equidad. Más allá de apoyar la regulación del crecimiento de la población, los programas de salud sexual y reproductiva hoy en día se miran desde un enfoque que ofrece oportunidades a mujeres y hombres para tomar decisiones sobre su reproducción, pero también sobre su vida y salud sexual, particularmente en épocas en las que las infecciones transmitidas por esa vía han adquirido una enorme importancia epidemiológica. La oferta de oportunidades debe estar ligada al derecho de los individuos de decidir sobre cuál tomar y de recibir la mejor información, la mejor atención y el mejor trato disponibles. No se trata sólo de ejercer una buena práctica en términos clínicos, sino de empezar a ver a las usuarias (y usuarios) como sujetos con derechos y capacidad de decisión sobre su individualidad.

Los resultados del estudio muestran que la interacción entre el SIM y la reforma del sector salud a futuro es prometedora. Sin embargo, como suele suceder en este tipo de ejercicios la cautela es siempre vocera de buenos augurios y a fin de aumentar las posibilidades de esta sinergia inicial, las recomendaciones vertidas en el documento son por demás pertinentes. Se propone pues desarrollar mecanismos que garanticen el apoyo financiero al programa, que amplíen la capacidad del estado de extender el enfoque del programa al sector privado, convocar a la participación de diversos actores interesados, definir normas de atención e indicadores para evaluar el programa, fomentar la sensibilización del personal de salud en relación a la orientación del programa, entre otras.

La relevancia del estudio para el país es obvia pero la ejecución de las innovaciones siempre estará sometida a períodos de adaptación para que los actores ubiquen su rol en el proceso. Sin embargo, es importante enfatizar que el objetivo de las reformas es ampliar las oportunidades de las poblaciones, particularmente de las más pobres, para acceder a los servicios. Para ello requiere definir los grandes objetivos y los valores de ciudadanía, solidaridad, justicia y participación democrática, en los que están sustentadas.

El estudio hace una aportación relevante al proceso y en todo caso busca desencadenar una discusión que desemboque en la sensibilización de quienes tienen en sus manos las decisiones sobre el proceso de reforma y de los programas de salud sexual y reproductiva, pero también de la ciudadanía quien debe convertirse en un actor cada vez más activo en el curso de los procesos.

Dr. Gustavo Nigenda
Fundación Mexicana para la Salud

■ Prólogo

El equipo que llevó adelante la investigación de la cual ésta publicación es producto, me ha honrado al solicitarme este Prólogo. Se me presenta así la oportunidad de trazar unas líneas en las que intentaré iluminar algunos de los sentidos que esta producción adquiere desde una mirada que - además de estar condicionada por mi investidura institucional- no lo está menos por mi carácter de psicólogo, investigador en psicología sanitaria, universitario, varón. Estas son solo algunos de los elementos que conforman un punto de vista singular con sus luces y sus sombras. Intentaré compartir con el lector las asociaciones y resonancias que me despertó la lectura ordenándolas en este “texto que precede al texto”.

Para comenzar a delinear el escenario en que la investigación toma sentido y relevancia diré que ésta incursiona en el meollo de la tensión que hoy atraviesa el sistema de atención a la salud, con la contradicción instituido-instituyente y -como si esto no fuera suficiente- lo hace en un área de la salud que remite directamente al tema de la sexualidad, más precisamente de la sexualidad femenina. Aspecto este paradigmático en lo que se refiere al entrecruzamiento entre conocimiento científico-técnico, creencias, prejuicios e ideologías que impregnan el pensamiento y la acción que a su vez disparan subjetividades en hombres y mujeres cualquiera sea su enclave social y su lugar en el proceso de atención a la salud.

Los investigadores se plantean el objetivo de “conocer los factores socioculturales, funcionales y organizacionales que inciden en la inserción de un Programa de Salud Integral de la Mujer con énfasis en la salud sexual y reproductiva, en el marco de un modelo asistencial materno-infantil, en servicios del Primer Nivel de Atención del subsector público....”.

Este objetivo anuda tres ejes centrales en las políticas públicas que la sociedad uruguaya deberá debatir, resolver e instrumentar en un futuro inmediato.

En primer lugar el Programa de Salud Integral de la Mujer surge como producto de un proceso descentralizador basado en la transferencia de responsabilidades de planificación e implementación de acciones de promoción y prevención a los efectores del Primer Nivel.

Procura modificar el clásico abordaje materno-infantil centrado en la ecuación mujer-madre para desarrollar una perspectiva integral que redefine el lugar de la mujer-usuaria como sujeto de derecho y participe activa del autocuidado de su salud.

Las vicisitudes en la implementación de este programa puede pensarse como analizador de los obstáculos que deberá enfrentar cualquier intento de transformar el modelo de atención a la salud existente en nuestro país.

Dicho sistema atraviesa una profunda crisis estructural que pone en riesgo la continuidad de muchos de sus componentes.

Esto ha llevado a diversos actores sociales a proponer una transformación profunda del actual modelo promoviendo otro basado en la primarización de la asistencia, el recentramiento en la salud, la organización por niveles de complejidad creciente, la integralidad y la restitución del usuario como sujeto de derecho y partícipe activo de su gestión.

La experiencia del Programa SIM deja en evidencia el efecto de las inercias, los eufemismos y las conservas ideológicas como elementos obstaculizadores del cambio.

En segundo lugar la investigación visibiliza el grado en que la sociedad uruguaya identifica, reconoce y se apropia de los avances en relación a los Derechos Sexuales y reproductivos.

El atraso relativo en la incorporación de estos derechos a la cultura atraviesa tanto a los decisores políticos como a los técnicos y equipos efectores de esas políticas así como a los propios usuarios de los Servicios de Salud.

Las entrevistas realizadas a técnicos y profesionales de los Servicios revelan la vigencia de concepciones basadas en las pertenencias de clase y de género al momento de escuchar, comprender, jerarquizar las necesidades de los usuarios y tomar decisiones supuestamente basadas en razones técnicas.

En tercer lugar la investigación trasciende las explicaciones biomédicas u organizacionales para restituir al campo sanitario los aspectos sociales, culturales, vinculares, afectivos e ideológicos que hacen a la fantasmática de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el goce y el sufrimiento en última instancia: para recuperar los servicios de salud como un escenario donde se despliega el drama humano en toda su complejidad.

Esto la lleva a incursionar en la percepción de usuarios y técnicos en relación a la salud sexual y reproductiva, los aspectos socioculturales de los diversos actores, su incidencia al momento de prescribir o solicitar asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y el lugar que ocupan los varones en estas decisiones.

En concordancia con los objetivos propuestos opta por una metodología que articula lo cuanti y lo cualitativo en una estrategia de triangulación como modalidad de validación de los hallazgos.

Esto le permite trascender la clásica cuantificación de tendencias para capturar la palabra de los protagonistas dándole visibilidad a las imágenes, valores, percepciones y motivaciones que impregnan sus actitudes e inciden en la toma de decisiones sean estas, realizadas desde el rol técnico o referidas a su proyecto de vida.

En síntesis podríamos afirmar que nos encontramos ante una investigación que aporta significativamente al reconocimiento de las diversas hebras que conforman esa compleja trama signada por el encuentro entre las instituciones de salud y los usuarios, que permite identificar obstáculos de diferente naturaleza que operan al momento de introducir nuevos modelos, confirmando una vez más que los procesos de transformación del sistema de salud pasan por cambios de cultura institucional que deberán necesariamente alcanzar las cabezas de los hombres y mujeres que desde diversos roles y lugares producen y reproducen las prácticas sanitarias.

Prof. Psic. Víctor A. Giorgi
Decano
Facultad de Psicología

¹ Documento Propuesta: Salud Integral de las Mujeres Usuarías del SSAE: Líneas Programáticas en construcción. SSAE –MSP, febrero 2001

■ 1- INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación del estudio.

La investigación cuyos resultados se desarrollan en el presente trabajo fue realizada en Montevideo, capital de Uruguay, en el período julio 2001 – julio 2002. Se propuso **identificar y analizar los factores que facilitan y obstaculizan la implementación de un Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) en el marco de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública (MSP).**

El inicio del Programa SIM a comienzos del año 2001, significó un cambio significativo en las políticas de salud reproductiva desarrolladas hasta el momento en el país. Su creación señala una tendencia a la vinculación entre la salud reproductiva y la reforma del sector salud en el Uruguay. 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.

Resultó de especial interés indagar en el proceso de implementación de un Programa - centrado en un enfoque de género y promoción de derechos - en el marco de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención en los cuales prevalece una tradición y una práctica hegemónica institucional vinculada al modelo materno infantil.

El objeto central de este estudio fue analizar la tensión entre el paradigma de la salud reproductiva y el de la salud materna, y los modelos de atención de ellos derivados, a partir de una experiencia concreta de implementación de un Programa en la ciudad de Montevideo.

En el año 2001, el MSP se propuso un cambio en las acciones de asistencia a la salud reproductiva desarrolladas por el organismo hasta ese momento, a los efectos de asegurar una mayor cobertura y facilitar el acceso gratuito a métodos de planificación familiar. En este marco general, se le encomendó al Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) del MSP establecer servicios de anticoncepción en el Primer Nivel de Atención del Subsector Público en el Departamento de Montevideo. La conducción técnica de SSAE decidió enmarcar estos servicios dentro de un Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM), con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, con la inclusión de diferentes componentes: Planificación Familiar, Captación precoz y control del Embarazo, Prevención de Cáncer de mama y cuello uterino, Prevención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, Sensibilización y Capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género, Formación de grupos de mujeres, etc.¹

Históricamente los Centros de Salud han tenido una estructura edilicia y funcional destinada a brindar servicios desde la perspectiva materno infantil. Ello ha determinado los diferentes aspectos

² El artículo 5 de la Constitución Nacional dice «...El Estado no sostiene religión alguna».

de su funcionamiento, desde la selección y formación de los recursos humanos, la estructuración de los espacios físicos, el equipamiento y la medicación disponibles, hasta la definición de las prioridades, los campos de trabajo y la asignación de tareas a los/as profesionales.

En un marco de redefinición de las políticas sanitarias en Uruguay, fue foco relevante de esta investigación, analizar las tendencias que se registran en el campo de la implementación de servicios en salud reproductiva. En tal sentido, se analizó el lugar que ocupan, en las prioridades de la agenda pública en salud, las políticas hacia las mujeres y el papel que al respecto juegan los distintos actores (políticos, profesionales, religiosos, de la sociedad civil organizada –en particular las organizaciones de mujeres). Se incluyen, asimismo, algunas referencias al estado de situación legislativa en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, en tanto marco que permite ubicar el tratamiento público de los mismos en el país.

El estudio se propuso conocer y comprender cuáles son las perspectivas de los diferentes actores involucrados en la definición y ejecución del Programa SIM: directores de los Centros de Salud, integrantes de los equipos de salud de los Centros, mujeres usuarias de los Centros y autoridades ministeriales.

El estudio se propuso como **objetivos específicos**:

- Identificar los factores funcionales y socio-culturales que inciden en la accesibilidad de las mujeres usuarias de los Centros a los servicios del Programa SIM.
- Conocer los aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad de Directores y técnicos/as de los Centros, que inciden en la implementación del Programa SIM.
- Identificar los factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte de los/as técnicos.
- Conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres usuarias y explorar sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva.
- Conocer el papel que juegan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción.

1.2. Uruguay en el contexto latinoamericano

Uruguay, país pequeño, con una población total de 3.322.141 habitantes, fundamentalmente caucásica, se ha caracterizado históricamente en el contexto regional por algunas peculiaridades en la conformación de su Estado y de su sociedad, que señalaron durante buena parte del siglo XX algunas ventajas comparativas con el resto de los países latinoamericanos.

La conformación y desarrollo del Estado uruguayo en su carácter de benefactor y laico con libertad de cultos², 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 a nivel primario y secundario. Asimismo, se propició el acceso

³ Fuente: Censo Universitario, 1999 Universidad de la República.

de las mujeres a la educación terciaria y su 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.

Aunque Uruguay ha establecido una separación temprana entre el Estado y la Iglesia Católica, ésta ha tenido (y mantiene) un peso importante en algunos sectores de la vida social y política del país. En las últimas dos décadas, y a pesar de la escasez de estudios sobre la temática, se evidencia la presencia de diversidad de expresiones religiosas, en particular pentecostales que captan fundamentalmente a un sector de la población: femenina, joven y en condiciones de pobreza; también se observa una creciente presencia de expresiones afrobrasileras.

Otro rasgo relevante refiere a la rápida urbanización que ya en 1950 concentraba el 78% de la población en los núcleos urbanos, siendo hoy casi el 91%, del cual el 50% reside en la capital del país, Montevideo.

Uruguay se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió exhibir ya en la primera década del siglo XX, niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a los experimentados por las poblaciones de los países industrializados, reduciendo su natalidad inicial hacia 1940 en un 60%. Como consecuencia de estas tendencias, el país presenta una estructura de población relativamente envejecida y un bajo crecimiento vegetativo.

Prevalció en la sociedad uruguaya un imaginario sobre el igualitarismo, la proximidad y la conciliación en tanto claves fundacionales (la “sociedad amortiguadora” como la definía el historiador uruguayo Carlos Real de Azúa), lo cual fomentó la construcción de representaciones sociales dominantes en torno a un país con “oportunidades para todos y todas”, sin grandes diferencias sociales (“país de clase media”), caracterizado por la proximidad y fluidez de las relaciones entre diferentes sectores sociales.

En este marco se explica la creencia, fuertemente arraigada en el conjunto de la sociedad, de una igualdad entre hombres y mujeres, imaginario éste que se ha visto confrontado en la última década, con las evidencias sobre la situación desigual entre unos y otras, en diversas esferas sociales. Algunos indicadores señalan las brechas socioeconómicas entre los sectores y las desigualdades e inequidades entre hombres y mujeres:

- Con respecto al *empleo*: a pesar de ser la población femenina el 41% de la población económicamente activa (PEA) y de contar con un mejor nivel educativo (63% de la matrícula universitaria³), las mujeres perciben promedialmente el 60% de los ingresos que perciben los hombres por igual tarea. Las tasas de desempleo femenino superan las tasas de desempleo promedio, mostrando cómo el desempleo afecta especialmente a las mujeres. Esto cobra mayor relevancia al considerar la *tendencia creciente de jefatura femenina* de hogar, representando a 1986 el 13.5% y a 1996 el 22.9%.

⁴ Fuente: Instituto Nacional de la Familia y la Mujer (INFM), estudio realizado en base a las estadísticas del Censo Nacional de Población (1996), Montevideo, 1999.

⁵ Idem anterior.

⁶ Estudio de Cybila Consultores / UNICEF, Montevideo, 2000

⁷ Fuente: Informes Epidemiológicos Trimestrales del Programa Nacional de SIDA del MSP

- En el marco de una baja *Tasa Global de Fecundidad (TGF)*, que se mantiene desde los años 50 con leves oscilaciones, los nacimientos en todo el país, en números absolutos, han aumentado en los últimos 15 años. En Montevideo, la tasa de fecundidad es de 2.3 mientras que en el Interior es de 2.8; en mujeres con estudios primarios la tasa de fecundidad se sitúa en 3.3, mientras que en las mujeres con estudios superiores es de 1,5.⁴
- En 2001, el 17.5% de partos en todo el país, ocurrieron en mujeres adolescentes. De estos partos, el 82.7% fueron atendidos en el subsector público, y el 17.3% en el privado.
- El peso mayor en la *reproducción biológica intergeneracional* de la sociedad se concentra en los sectores con menos recursos económicos, contribuyendo a la reproducción e infantilización de la pobreza. El 50% de los niños/as de 0 a 5 años vive en hogares por debajo de la línea de pobreza. Esta situación se enmarca en un proceso de *concentración y distribución desigual de los ingresos* que se acentuó durante el período de la dictadura militar (1973 – 1985), y que se ha profundizado en los últimos diez años.
- Estos datos deben situarse en un contexto de cambios de *constitución de las familias* donde disminuye el número de uniones matrimoniales, aumentan los divorcios (en el año 2000, por cada 100 matrimonios se registraron 49 divorcios) así como las uniones consensuales, con el consecuente aumento de nacimientos ilegítimos, hogares monoparentales, especialmente de jefatura femenina (Filgueira, 1996) y aumento de familias reconstituidas con padres no biológicos. La familia nuclear con hijos se observa en una proporción menor de hogares (34.2%)⁵.
- Un reciente estudio estimó que el 40% de hogares en Montevideo y Área Metropolitana padecen de *situaciones de violencia doméstica y sexual* en sus distintas formas, donde las mujeres son en primer lugar la población directamente afectada y los niños/as en segundo orden⁶.
- La tendencia *epidemiológica del SIDA*⁷ está básicamente caracterizada por la juvenilización, heterosexualización, feminización y pauperización, la cual interroga sobre las dinámicas relacionales de género, clase y generación implicadas en ella.
- El sistema educativo formal público no ha incorporado la *Educación Sexual* como parte de la currícula en ninguno de los niveles de la enseñanza. Las experiencias existentes son fundamentalmente de corte privado, acciones provenientes de las organizaciones de la sociedad civil y en algunos casos también públicas; las mismas no han sido evaluadas en sus contenidos e impactos. La incorporación curricular definitiva continúa siendo un tema sensible en la agenda de debate político y social.
- Uruguay no ha participado de los emprendimientos internacionales sobre *Encuestas en Demografía y Salud (DHS)* y *Prevalencia en el Uso de Anticonceptivos*. La última Encuesta Nacional de Fecundidad data de 1986.
- En cuanto a la *legislación nacional*, se observan a partir de la recuperación democrática (1985), algunos avances en tópicos de los derechos y la salud sexual y reproductiva.. Sin embargo, ésta no parece reconocerse como un asunto político, de construcción de ciudadanía social, ni como un asunto impostergable de salud pública. Algunas características del debate parlamentario sobre distintos tópicos en estudio (aborto inducido, reproducción asistida, licencia por maternidad y paternidad, no discriminación por orientación sexual,

reglamentación del ejercicio de la prostitución, entre otros) dan cuenta de que la diversidad de posiciones atraviesa a los distintos partidos políticos, que la agenda política no contempla suficientemente el tema de la ciudadanía social, y que los períodos electorales inhiben el debate. Luego de un largo proceso parlamentario, iniciado en la legislatura anterior, fue aprobada en el 2002 la Ley de Violencia Doméstica.

- Se ha denunciado el incremento de *muerteras por aborto inducido en condiciones de riesgo*, siendo la primer causa aislada de mortalidad materna en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2001 (Briozzo et al., 2001). En diciembre de 2002, la Cámara de Diputados aprobó el Proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, que incluye la interrupción voluntaria del embarazo por sola voluntad de la mujer hasta las doce semanas de gestación. El Proyecto se encuentra actualmente en consideración de la Comisión de Salud del Senado de la República para su tratamiento en Cámara en el presente año.
- Uruguay ocupa el primer lugar en Latinoamérica en indicadores de *mortalidad por cáncer de mama*.
- Se ha registrado un incremento del *porcentaje de cesáreas*, en particular en el sector privado de la salud (28 %).

1.3. El sistema de salud en Uruguay: algunos nudos en las propuestas de Reforma del Sector

El sistema de salud en Uruguay tiene una historia atípica en el continente. A diferencia del resto de los países, en los cuales el Estado se transformó en el principal proveedor de servicios de salud, en el Uruguay se consolidaron, en la segunda mitad del siglo, las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC, denominadas mutualistas). Las mismas surgieron como una forma de respuesta de las colectividades de inmigrantes españoles e italianos ante las necesidades de atención en salud de sus comunidades en el país. Luego, expandieron sus servicios al resto de la población, y se transformaron en actores clave del sistema de seguros de prepago. Como consecuencia, el sistema de salud uruguayo fue una articulación compleja de instituciones públicas y privadas.

En apretada síntesis podemos decir que el sistema de salud en Uruguay se compone de: 1) **el subsector público**: que comprende el MSP, con sus funciones básicas de rectoría, normatización, control y asistencia; servicios brindados por otros Ministerios (Defensa, Interior, Trabajo y Seguridad Social, Educación y Cultura), Entes Autónomos, Banco de Previsión Social y Banco de Seguros (con oferta de asistencia ante accidentes de trabajo), Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas; servicios de salud municipales. El Subsector Público provee cobertura a un 48% de la población total, procedente de los sectores de menores recursos, a través de una amplia red de servicios, con especial énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención. Ha sido, históricamente el subsector pionero en la implementación de programas preventivos, sobre todo en el área materno-infantil; 2) **el subsector privado**: responsable de la atención de un 52% de la población, a través de un sistema de adhesión voluntaria con una modalidad de prepago de una cuota mensual (IAMC). El carácter de los servicios es casi exclusivamente asistencial, con grandes diferencias en la calidad de las prestaciones.

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

El gasto en salud en el Uruguay ha ido aumentando en forma progresiva, siendo en la actualidad de 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 superposición de servicios, la descoordinación interinstitucional, la falta de definición de prioridades, las carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control, cuestionan a tratar al conjunto de instituciones de asistencia como un sistema organizado (Filgueira, 1996).

Actualmente se está transitando una etapa de cambios políticos en el sector salud, tendientes a un fortalecimiento de la función de superintendencia por parte del Estado, control de calidad de las prestaciones, evaluación de la gestión, etc. Dentro del subsector público, se está produciendo un cambio acelerado hacia la descentralización, traducida por ejemplo, en la transferencia a los efectores del Primer Nivel, de la responsabilidad de la planificación e implementación de Programas de Promoción y Prevención, pudiendo ubicarse el desarrollo del Programa SIM como producto de ese proceso. Cabe destacar, asimismo, la tendencia hacia la coordinación entre los distintos efectores, de manera de lograr la protocolización para diagnóstico y tratamiento, sistemas de referencia y contra-referencia, etc., tendientes a subsanar algunas de las debilidades más importantes del subsector.

Entre las inequidades del sistema, con impacto directo sobre la salud sexual y reproductiva, debe señalarse lo referente a las diferencias que marcan a los subsectores público y privado de atención en salud, en razón de sus diferentes presupuestos, costos, modalidades de atención y las diferencias en los perfiles epidemiológicos y de riesgo de las poblaciones que se atienden en ambos sectores.

Se han efectuado intentos de reforma del sector, entre las que se destacan la propuesta de la Ley de Descentralización de ASSE (impulsada entre 1990 - 1995), la ampliación de la cobertura de la seguridad social a una franja de la población jubilada o la puesta en marcha de un sistema de identificación de usuarios del sistema público, pero aún están en debate. El rol del Estado en calidad de prestador de servicios de salud ha sido uno de los ejes centrales de discusión en las propuestas de reforma. En tal sentido, uno de los principales nudos es la contradicción entre el rol prestador/normatizador versus la tercerización (transferencia) de servicios al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil. La burocracia pública y el sector privado han hecho hincapié en general en la necesidad de separación de los aspectos asistenciales y normatizadores del Estado (Moreira, Fernández, 1997). Según esta propuesta, las funciones asistenciales deberían ser relegadas a un paquete básico de prestaciones, destinado a los sectores de menores recursos. Otras voces se han hecho sentir, asegurando que una estructura sólo “para pobres”, afecta la calidad asistencial de todo el sistema.

⁸ Estudio solicitado por el FAS (Programa de Fortalecimiento del Area Social).

“Las políticas de reforma del sistema de salud como tal, en Uruguay, han respondido más bien a un patrón de “reestructuración pasiva” del sector que a una política activa. Distintas propuestas de reforma fueron ensayadas desde la transición democrática, orientadas tanto a superar los déficits crecientes del seguro social de salud (mutualismo) como los problemas de ineficiente y mala calidad de atención a nivel del sector público. Sin embargo, diversos bloqueos políticos han inhabilitado no sólo la reforma, como también un debate público más compartido por los uruguayos sobre el tema.” (Moreira & Fernández: 1997)

Las políticas de salud reproductiva deben situarse en un marco en el cual va ganando creciente adhesión la idea de que el Estado deje de ser un prestador directo de servicios de salud y pase a ser un regulador y normatizador de la salud.

Un estudio realizado por CESIU (1999) sobre las relaciones Estado – Organizaciones de la Sociedad Civil⁸, revela que el nuevo rol de estas últimas es relativamente “nuevo” en el contexto político del Uruguay y que el “legado histórico no es el mejor”. *“El estudio señala una “debilidad” de la sociedad civil uruguaya, que si bien ha exhibido históricamente una alta capacidad asociativa y organizativa, permaneció relegada frente al protagonismo de los actores políticos y estatales”.* (Moreira, 1999)

En el período post-dictadura, y cumpliendo un rol importante en la recuperación democrática, un tejido de organizaciones sociales emerge como nuevas formas de “representación” social. En ese contexto, y a partir de la década del 80, las organizaciones de mujeres y feministas comienzan a jugar un rol relevante en la visibilización de la discriminación y desigual condición de la mujer en Uruguay. Cumplieron un papel decisivo en el “camino a Cairo” (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, NNUU, El Cairo 1994) y en colocar el campo de la salud sexual y reproductiva en la arena política como un asunto de equidad, justicia y derechos humanos. Han desarrollado estrategias de *advocacy* en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, y han centrado sus “energías institucionales” en incidir en la definición de políticas y programas en salud reproductiva desde el enfoque de género, no realizando -salvo excepciones- prestación de servicios.

Como se ha mencionado, en Uruguay los principales actores políticos, no han actualizado la agenda en materia de derechos que propicien el ejercicio pleno de la ciudadanía. En el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, no existen políticas de Estado que otorguen continuidad a las acciones: *“(…) un país como Uruguay donde la discontinuidad de tendencias programáticas, políticas de reforma del sector salud, programas, acciones y responsables tienen una alta rotación y discontinuidad. No solamente porque en cada cambio de administración, cada cinco años, se renueva gran parte de la composición legislativa y del cuerpo de decisores políticos a nivel ejecutivo, sino porque además al no contar con políticas de Estado, se suele comenzar siempre de cero, no hay acumulación de procesos ni acciones y, en general, no se garantiza continuidad ni aún cuando el mismo partido político está en el gobierno o en la institución ejecutiva.”* (Abracinskas, López Gómez, 2001)

El Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil, en especial las organizaciones de mujeres, no han realizado un trabajo sistemático que favorezca la articulación entre las propuestas de reforma del sector y el enfoque de la salud reproductiva. Este constituye uno de los principales desafíos al que se enfrentan ambos actores.

1.4. Políticas de salud reproductiva en Uruguay. Reseña y situación actual

Como mencionáramos anteriormente, el temprano proceso de transición demográfica hizo pensar históricamente que Uruguay carecía de “problemas” de población. En términos promediales, la TGF es baja (2.3); sin embargo el comportamiento reproductivo difiere según los sectores socio-económicos. Uruguay se reproduce en el tercio más pobre de su población. *“A nivel poblacional-demográfico Uruguay siempre mostró un comportamiento atípico, por lo general atribuido a la influencia de las oleadas de inmigrantes europeos, a la extensión de un relativo buen nivel de vida, en parte como consecuencia del welfare state, a la escolarización masiva, especialmente el temprano acceso de las mujeres a educación superior. (...) sin embargo, en los últimos 30 años se han venido procesando cambios en el comportamiento reproductivo, cambios en la distribución de la estructura etaria de la fecundidad, con un incremento importante entre las adolescentes, con un alto porcentaje de hijos nacidos fuera del matrimonio legal”* (López Gómez, Rostagnol, 1998)

En el mismo sentido, otro estudio nacional (INFM, 1999) destaca que *“...las mujeres cuyas condiciones materiales de vida son desfavorables (no disponen de agua dentro de la vivienda o viven en viviendas marginales) casi duplican la fecundidad de las que viven mejor. Similar comportamiento se aprecia en relación a la forma del vínculo conyugal, estar casadas o unidas, y el carecer o tener bajo nivel de instrucción”*.

Según las investigaciones disponibles, y teniendo en cuenta las limitaciones de registro existentes, se puede afirmar que el inicio de la transición de la fecundidad en Uruguay *“sucede en la década de 1920 o más precisamente en el quinquenio anterior, de 1915-1919 al mismo tiempo que en los países de Europa meridional y prácticamente cinco décadas antes que la mayoría de los países latinoamericanos”*. (Polero, 1994)

Según el estudio de Sapriza, *“este proceso se inició en las primeras décadas del siglo simultáneamente a la consolidación de una sociedad de clases medias, dos aspectos característicos del acceso a la “modernidad” en el país. Se postuló un “nuevo modelo de familia” y un nuevo rol para la mujer, con menos hijos a los que debía atender en su salud y educación para garantizar su sobrevivencia.”* (Sapriza, 1998).

La maternidad comenzará a ser valorizada en función de la capacidad de la mujer para la crianza de los hijos, y ya no en función de la capacidad para parir hijos. La ecuación *mujer = madre* se sostendrá en el supuesto a menos hijos mejor madre, en tanto los puede criar bien.

En el mismo estudio se señala que *“el aborto, se presenta como el principal regulador de los nacimientos”*. (Sapriza, 1998) Para la autora, *“tan extendida debe haber sido su práctica que se registra ese hecho excepcional en el contexto latinoamericano, la despenalización del aborto en 1934 (la prohibición establecida por el viejo Código de 1889, de todas maneras, no había impedido que el aborto fuera práctica común anticonceptiva).”* Despenalización que se concretará hasta el año 1938 año en el cual – debido a las presiones de los sectores conservadores y católicos - se aprueba la Ley vigente (Ley N° 9.763) que tipifica al aborto como un delito en todas sus causales estableciendo atenuantes en algunas circunstancias.

A partir de la segunda mitad de la década del 60, y en el marco de una tendencia internacional hacia los países del Tercer Mundo de desarrollar políticas de población con un perfil de control de la natalidad, los servicios de planificación familiar se brindaban exclusivamente a través de la Asocia-

ción Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), institución privada con personería jurídica desde el año 1967. Ese mismo año, el MSP aprueba la creación del consultorio de AUPFIRH y la coordinación con la división de Higiene y Asistencia del propio ministerio. Se asignan locales, se designan recursos humanos y materiales y se describen los cometidos esenciales de dicho consultorio y laboratorio de investigación. Es decisión de las autoridades ministeriales del momento, la autorización para que los suministros (en particular los métodos anticonceptivos) ingresen al país con carácter de donación para dicha asociación.

En el Diagnóstico de Servicios de Salud Reproductiva del Sub-Sector Público (FNUAP/MSP, 1997) se reconoce a través de documentación de dicha Asociación, que el número de filiales en Montevideo e Interior sumaban - en ese entonces- 91, y los Médicos Asociados a la Institución eran 130. Cabe destacar que algunas filiales de la AUPFIRH (desde el año 1993 denominada AUPF) funcionaban y continúan haciéndolo, en locales de Salud Pública (Centros Hospitalarios, Centros de Salud, Policlínicas) de Montevideo e Interior del país. Si bien se integran a los locales de los servicios públicos, no funcionan en relación de dependencia con las direcciones de los mismos. La Asociación recibe los suministros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (en inglés, IPPF) y refiere los controles de calidad a dicha Federación. La AUPF, operando dentro de las instalaciones del MSP, suministra métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según asistencia privada y pública. La situación socio-económica de las usuarias define el cobro en los servicios públicos, existiendo criterios para la gratuidad del servicio: se ofrece bono de donación optativo a las usuarias de la Clínica Modelo, ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en el Centro de Salud Santa Rita (zona de Montevideo con elevado índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI- y alta tasa de mortalidad infantil). Durante el período 1978 – 90, el Centro de Información y Educación de la Asociación, fue un referente para profesionales de la salud y la educación. La AUPF, con 35 años de trayectoria en nuestro medio, ha sido un actor privado clave en el campo de la planificación familiar con una fuerte presencia en el Sub-sector público, contando con el respaldo del propio MSP en sus acciones.

Esta situación sostenida por años, se “naturalizó” a punto tal que, muchos/as usuarias y profesionales de la salud pública, estuvieron convencidos/as de que estos servicios los brindaba el Estado a través del MSP.

En el año 1996, y a partir de la CIPD (1994) y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), se inauguraron, en el subsector público de la salud, dos Programas en Salud Reproductiva que incluyeron la anticoncepción. Uno de ellos ubicado en el MSP y otro en la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) a través de su sistema local de atención primaria.

El Programa del MSP, Programa Maternidad y Paternidad Elegida, comenzó siendo un proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, habiendo sido definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de

⁹ Documento Informe Final Proyecto Maternidad y Paternidad Elegida, MSP. Noviembre de 2000.

¹⁰ MSP – OPS: Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva 2002 - 2003. Montevideo 2000.

salud (dependiente de la División de Promoción de la 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 Centros de Salud de Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que no tuvieron la continuidad esperada, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país. Se incorporaron 40 médicos de familia a la estrategia de cobertura anticonceptiva. En el documento⁹ de Informe Final las metas del Programa oscilaban entre marcos conceptuales centrados, tanto en el “*combate a la extrema pobreza*”, como en “*la defensa de los derechos sexuales y reproductivos*”, evidenciando una tensión paradigmática y conceptual. Durante el período de ejecución del Proyecto, se desarrollaron estrategias de información y educación comunitaria y se elaboraron recomendaciones sobre normas en salud sexual y reproductiva con la participación de una diversidad de actores, incluidas las organizaciones de mujeres.

En el período de ejecución del Programa, el MSP a través de la División Promoción de la Salud y con el apoyo de la OPS, convocó a diversos actores (sociales, políticos, académicos) para la discusión y elaboración de un Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva. Este proceso demandó cerca de un año de trabajo, finalizando con la publicación¹⁰ de sus resultados. El Plan no se ejecutó hasta el momento.

Respecto al programa municipal (Programa de Atención Integral a la Mujer, Sub - Programa Maternidad Informada y Voluntaria), diremos brevemente que el mismo se inició hacia el año 1996, también con apoyo del FNUAP y que actualmente funciona en las 18 Policlínicas municipales con presupuesto genuino, integrándose como parte de las políticas sociales del gobierno de Montevideo.

Con los mencionados Programas, y por primera vez, se generaron condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad en el marco de la consulta gineco-obstétrica. Sin embargo, estas acciones no han tenido alcance nacional. El programa ministerial se desarrolló predominantemente en la capital del país. Hasta el momento, las mujeres del interior del país, no han tenido garantizado el acceso a servicios de salud reproductiva que incluyan la planificación familiar.

A nivel del MSP, las recientes propuestas en salud reproductiva han padecido tanto los avatares provocados por los cambios sucesivos de autoridades como la no inclusión efectiva de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política. Desde el inicio del Programa Maternidad y Paternidad Elegida, se han producido cambios en las acciones ministeriales que han estado determinadas por los cambios de autoridades y las perspectivas de los sucesivos decisores. Es en esta lógica, que en el año 2000 se decide el cese de la ejecución del mencionado programa y el desarrollo de una nueva línea programática a través de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado, efectores asistenciales del MSP). En Montevideo se implementó, en

¹¹ En tal sentido, importa subrayar el análisis crítico que el Comité de NNUU realizó respecto al Informe presentado por el Gobierno de Uruguay en el mes de febrero de 2002, en la reunión de CEDAW. NNUU, NYC, 2002.

¹² Si bien la institucionalización del parto ha permitido descender la mortalidad infantil en el país, tiene como contracara los procesos de medicalización en donde el acto de parir y la mujer en tal situación están muchas veces al servicio de las necesidades y reglas del funcionamiento médico e institucional. De esta forma, la mujer queda ubicada en objeto del acto médico y no en sujeto de derechos y necesidades.

el marco del SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa, unidad ejecutora de los servicios del Primer Nivel del MSP), el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM) el cual se puso oficialmente en marcha el 8 de marzo del año 2001.

En suma

La reforma del Estado en Uruguay, en la cual se inscriben los intentos de reforma del sector salud, sigue una pauta gradualista. En la agenda de los distintos actores políticos, la reforma del sector no parece ocupar un lugar prioritario. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, mantienen cautela al plantear innovaciones, quizás en consideración a la necesidad de alcanzar los consensos necesarios en las cuestiones “centrales” de la agenda (entre las cuales está ausente la salud y los derechos sexuales y reproductivos). Esa cautela coincide con rasgos culturales que mediatizan y gradualizan los cambios en todas las áreas de la vida social. Los derechos sexuales y reproductivos no parecen haber obtenido en general el reconocimiento y la apropiación de la ciudadanía; tampoco parecen estar claramente identificados por los actores del sistema político o del Estado. Habiendo sido un Estado que reconoció tempranamente las distintas “generaciones” de derechos, no se ha reconocido la necesidad de actualizar la agenda en esas materias¹¹ (Dufau, Filgueira, López Gómez, Rostagnol, Abracinskas, 2002). No sucede lo mismo con la salud materno infantil, ya que el temprano desarrollo de programas en este campo, integrados tanto en el sector público como privado de la salud e iniciados hacia mediados del Siglo XX, permitió un descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y su adecuado control, la institucionalización¹² del parto (99%) y la atención del puerperio. En tal sentido, el país presenta un panorama comparativamente favorable en la región. Sin embargo, el desarrollo del modelo materno infantil, su institucionalización y hegemonía, trae aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque.

La visión hegemónica sobre el papel de las mujeres en el cuidado de la salud familiar, el desarrollo del área materno infantil, la venta libre en farmacias de métodos anticonceptivos orales, la baja TGF serían algunas de las razones que explicarían que, hasta el año 1996, no se hayan establecido desde el Estado, políticas y programas que abordaran integralmente la salud de las mujeres en los aspectos sexuales y reproductivos.

■ 2 - MARCO TEORICO

2.1. El enfoque MED y el enfoque GED en el campo de la salud

Los enfoques integracionistas y desarrollistas que caracterizaron el decenio de la mujer (NNUU 1975-1985) marcaron y hegemonizaron el terreno de la definición de políticas y programas dirigidos a reconocer y potenciar el papel de las mujeres y su contribución al desarrollo de los países. Este enfoque denominado por algunas teóricas (Moser, Young 1985) como *Mujer en el Desarrollo* (MED), tuvo su traducción en el campo de las políticas de salud, mediante la consideración de la contribución relevante que las mujeres realizaban a la salud de la población, mediante el desempeño de su *rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar* (sistema doméstico de salud centrado en la figura de la madre). El énfasis puesto en la jerarquía del papel de la madre, fortaleció la invisibilidad de la mujer en tanto persona y sujeto de derechos también en lo que a la salud se refiere. El enfoque Mujer, Salud y Desarrollo (De los Ríos, 1995) es el marco que sustenta el modelo materno infantil y los programas de nutrición de corte asistencialista, dirigidos a las mujeres pobres, cuya finalidad principal se centra en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil, a través de la atención al binomio madre - hijo. Binomio éste centrado en la figura de la mujer en tanto madre y en la figura del niño/a en tanto hijo, estando ausente en esta relación la participación del varón en el ejercicio de la paternidad. Esto ha contribuido a fortalecer un rol masculino que no incluye el hacerse cargo de aspectos vinculados a la planificación familiar y al cuidado de la salud del núcleo familiar.

“Los programas y los instrumentos de apoyo a la maternidad son regidos por una concepción piadosa y paternalista, lo cual no asegura bienestar para los niños o para las madres porque las perciben como personas carentes y despojadas de derechos” (Avila, 2000)

La satisfacción de *necesidades prácticas de las mujeres* (servicios de salud materno infantiles, atención del embarazo, parto y puerperio, etc.) no fue acompañada de estrategias de transformación de su condición de género y las expresiones de la misma en el campo de la salud (*necesidades estratégicas de género*). Se han manejado así tres supuestos implícitos: que la función principal de la mujer es la maternidad, que las mujeres son receptoras pasivas del desarrollo y que la crianza y la función de cuidado de la familia es su principal aporte al desarrollo. La experiencia acumulada y la sistematización e investigación sobre la práctica abrió la perspectiva a nuevas líneas de generación de conocimientos que permitieron conceptualizar, desde otros enfoques, la salud de la mujer. La distinción entre las categorías de necesidades prácticas y necesidades (intereses) estratégicas (Molineaux, Moser, Young, 1985) permite analizar el enfoque de las políticas en lo que respecta a las mujeres: mientras las necesidades prácticas se derivan de las necesidades de las mujeres de cumplir con los roles asignados por la división sexual del trabajo (particularmente centrados en los roles domésticos y de crianza), las necesidades e intereses estratégicos cuestionan la posición de las mujeres en la sociedad, tendiendo a subvertir el orden genérico que coloca a las mismas en posición de subordinación.

El enfoque *Género en el Desarrollo* (GED) que comienza a construirse como nuevo paradigma hacia la década de los 80, permitió focalizar el papel de la salud como criterio de equidad entre los sexos (Género, Salud y Desarrollo). El análisis de-constructivo de la división sexual del trabajo, es

decir la segregación de funciones sociales según la pertenencia a uno u otro sexo, es un punto central en la perspectiva de género, al introducir el análisis del poder en las relaciones entre mujeres y varones; y en la construcción socio-histórica de lo femenino y lo masculino. Desde esta perspectiva, se entiende que el cuerpo de las mujeres es el campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género. La sexualidad y las decisiones reproductivas serán un *locus* privilegiado de análisis de las relaciones de poder entre los géneros. El enfoque de *Género, Salud y Desarrollo* procura identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder, y que colocan a las mujeres en una posición de subordinación, incidiendo en el acceso y control de los recursos de la salud para su propio beneficio. Concibe a la mujer como un ser integral (su condición de ser sexuado y sexual, biológico, sociocultural, político, subjetivo), que demanda ser “mirada” desde esta integralidad, favoreciendo su fortalecimiento en tanto sujeto (autonomía y empoderamiento).

El análisis de género ha de ser articulado con el de otras dimensiones relevantes en los procesos de construcción de la salud-enfermedad: *la clase social, la etnia y la generación*. Estas dimensiones son las que permiten analizar los diferenciales al interno de las mujeres en tanto universo diverso.

“Las dificultades, en términos de desigualdad de género en el campo práctico y desde el punto de vista legal y moral, se vuelven más dramáticas en situaciones de pobreza. La lógica del asistencialismo prepondera en cuanto política social en el campo reproductivo, contribuyendo, de esa forma, al mantenimiento de la exclusión social y a la no superación de ésta. Transformar necesidades en derechos es justamente el camino para destruir esa lógica” (Avila, 2000)

El enfoque de género en salud constituye una referencia ineludible a la hora de analizar el papel diferencial que hombres y mujeres juegan en la producción cotidiana de la salud – enfermedad, en la producción de saberes no técnicos y en el sistema del cuidado doméstico de la salud. Desde esta perspectiva, la equidad en salud se traduce en términos operacionalizables en la minimización de disparidades evitables en la salud y sus determinantes, entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social (OPS, 2000).

2.2. La salud como construcción: integralidad y complejidad

Las concepciones hegemónicas sobre la salud y la enfermedad y sus determinantes, tanto en el discurso científico, social y político, se reorganizaron en el Uruguay hacia mediados del siglo XVIII (Barrán, 1995). Probablemente la temprana transición demográfica haya incidido en la necesidad de construir nuevos discursos científicos y una “nueva medicina”, que capitalizó y reafirmó su poder territorializando el saber acerca de la salud y el cuerpo. Campo de la salud = campo médico, es una equivalencia de alta eficacia simbólica, en tanto subordina a otras disciplinas vinculadas al campo de la salud, al dominio de la Medicina. Se territorializa así no sólo un saber que se erige como hegemónico, sino el ejercicio de este saber que se ofrece como exclusivo y excluyente de otras prácticas. El Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1989)¹³ en sus diferentes variantes ha dominado episte-

¹³ Según Menéndez, Modelo Médico Hegemónico caracterizado por el biologicismo, la a-historicidad, concepción del individuo como a-social, el desconocimiento del saber no técnico, mercantilismo y eficacia pragmática.

mológica, social e institucionalmente las concepciones en salud y enfermedad. Según Menéndez este modelo tiende a excluir o minimizar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los determinantes del orden socio-cultural, económico y político en la producción y solución de los problemas de salud – enfermedad.

En su estudio, el historiador uruguayo José Pedro Barrán (1995) señala: “*El saber médico del novecientos negó todos los continuos, la posibilidad de que la vida contuviera la muerte, el cuerpo sano al enfermo, la cordura a la locura, el hombre a la mujer y la mujer al hombre. La cultura maniquea dominante en la época invadió la observación médica y transformó sus resultados en garantía del mantenimiento del orden...*”

Esta perspectiva disyuntiva de los procesos de salud – enfermedad es la que sostiene el paradigma de la salud como ausencia de enfermedad o aquel que postula la salud como completo estado de bienestar¹⁴, sin incluir por tanto las tensiones conflictivas que se conjugan en su proceso. Salud vs. Enfermedad, y no Salud y Enfermedad en tanto relación dialógica (concurrente, contradictoria y complementaria). De-construir este paradigma que sostiene las producciones no sólo del saber científico hegemónico, sino también las concepciones de la población, exige pensar la salud – enfermedad como un proceso al mismo tiempo singular que colectivo, entretejido por diferentes factores: condicionantes socio-económicas; producción socio-histórica de masculinidad(es) y feminidad(es) y sus relaciones; sistema de valores y creencias en relación al cuerpo y sus cuidados; modelos científicos de interpretación e intervención técnico – profesional; análisis de las prácticas sociales y de la vida cotidiana en tanto sistema de proximidad entre sujetos; entre otros aspectos.

Concebir la salud desde una perspectiva de la complejidad (Morin, 1994) implica considerar la policausalidad, reconocer la tensión conflictiva (vivir el conflicto y la contradicción) y la recursividad de los fenómenos (los productos y los efectos son al mismo tiempo causalidad y productores de aquello que los produce), así como el principio hologramático mediante el cual reconocemos que el todo y las partes se incluyen mutuamente en tanto las partes integran el todo y el todo integra las partes.

Desde el punto de vista operativo, implica la conformación (con-forma, con-formación) de equipos multiprofesionales que posibilite elaborar una perspectiva interdisciplinaria e integral acerca de los procesos de salud – enfermedad, de su construcción y de su atención, superando los enfoques biomédicos que reducen y empobrecen la comprensión. Esto constituye uno de los desafíos más trascendentes de la atención de la salud, en tanto existen fuertes contradicciones entre el discurso teórico – epistemológico y las lógicas prácticas, en las cuales se “*expresan intereses corporativos que deslindan territorios, reivindican fronteras y tienden a perpetuar hegemonías disciplinarias y profesionales*” (Giorgi, 1999).

El equipo es eficaz cuando es un equipo (Segura, 1996). Los equipos no se decretan sino que se construyen en procesos complejos que requieren, de parte de la institución, dar señales claras de su voluntad política de habilitar –como parte de la tarea- la generación de estos espacios. Requiere, asimismo, de parte de los/as profesionales reconocerse en su incompletitud, y desandar la omnipotencia profesional que inhibe/dificulta la construcción de una demanda que involucre el trabajo conjunto.

¹⁴ En esta dirección, la definición que postula la OMS sobre la salud, como el completo estado de bienestar bio-psico-social, merece consideraciones críticas.

2.3. La salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos: un nuevo paradigma

El campo de la *Salud Reproductiva y los Derechos Reproductivos*, colocado por la CIPD (Cairo, 1994) en la agenda política internacional, ofrece una perspectiva compleja e integral, en tanto proceso multidimensional, estrechamente relacionado con el ejercicio de los derechos y que trasciende ampliamente el campo de la planificación familiar. En tal sentido, se subraya la responsabilidad de los Estados en generar las condiciones básicas para su ejercicio.

El Programa de Acción de la CIPD señala que los derechos reproductivos son derechos humanos reconocidos en leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos de Naciones Unidas aprobados por consenso. *“Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (...) La promoción del ejercicio responsable de estos derechos de todos, debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, (...)”* (CIPD, 1994)¹⁵

El enfoque desde el cual definimos *los derechos sexuales y los derechos reproductivos* articula su carácter de derechos humanos, con la perspectiva del ejercicio individual, y la responsabilidad social y política de los Estados, de generar las condiciones indispensables para su ejercicio.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, proponen una refundación y una redefinición de la relación entre lo público y lo privado. Se trata de un cambio de paradigma en los campos de la sexualidad y de la reproducción, entendiendo que éstos se encuentran en un *cruce de caminos entre lo íntimo - personal, y lo público - social*.

La dicotomía institucionalizada público - privado ha sido y continúa siendo, una de las dificultades en la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

El enunciado feminista *“lo personal es político”*, colocó en el debate público aquello que hasta entonces parecía ser sólo del ámbito familiar y doméstico. *“Las críticas se dirigieron tanto a la forma tradicional de trazar la frontera entre ambas esferas, como al sentido mismo de la distinción. (...) En primer lugar, el ámbito público se transformaba en objeto de reflexión, teorización y legislación, mientras que la esfera doméstica (familiar y sexual) se trivializaba, aceptando como dato natural las relaciones*

¹⁵ La Plataforma de la CIPD ha sido el resultado de un largo proceso de influencia de las organizaciones de mujeres, quienes en sus expresiones nacionales e internacionales han bregado por el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en tanto derechos humanos. Estas organizaciones tienen su propia agenda de derechos en la cual los DDS y DDR incluyen una diversidad de asuntos referidos al ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas, agenda más amplia e inclusiva que el consenso logrado en CIPD.

patriarcales. En segundo lugar, la distinción público-privado suponía, tanto desde el punto de vista de la organización social como de la ideología, la desigual asignación de mujeres y hombres a una y otra esfera. Y en tercer lugar, la defensa de la “privacidad” tenía como consecuencia práctica que el ámbito doméstico y familiar se sustrajera al escrutinio público y a la protección legal.” (Pateman, 1996).

El tratamiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, está atravesado por esta relación dicotómica público – privado. La sexualidad es considerada como un asunto privado de las personas, mientras que la reproducción es considerada como un asunto no sólo personal sino social, en el cual el Estado debe intervenir. El rol de los Estados ha sido, en muchas situaciones, la de controlar la reproducción de los sectores pobres de la sociedad, con la consiguiente violación de los derechos humanos, en especial de las mujeres sobre quienes recayeron las políticas “controlistas” de la natalidad. Para Alice Miller (2000) se debería tener en cuenta que las dos realidades del comportamiento sexual y del comportamiento reproductivo pueden ser enlazadas o desconectadas. *“Desde ese punto de vista los Estados tienen la obligación de crear las condiciones necesarias para que las mujeres y los hombres ejerciten sus elecciones significativas acerca de si enlazar o no la sexualidad con la reproducción. La idea de los conjuntos desconectados debería permitir, en el marco de las demandas sobre derechos sexuales, atender con igualdad a una más amplia gama de identidades, prácticas y condiciones sexuales que no pueden ser protegidas al tratar a los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos”.* (Miller, 2000)

De hecho, el tratamiento y promoción de los derechos sexuales, se encuentra frecuentemente limitado con respecto a los derechos reproductivos, en las acciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que se desarrollan. Particularmente, para los actores políticos parece resultar menos comprometedor hablar de Salud y Reproducción, que de Sexualidad y Derechos. (Abracinkas, López Gómez, 2001)

El enfoque de derechos sexuales y reproductivos está estrechamente vinculado con el enfoque del empoderamiento. Este supone un proceso mediante el cual las personas y los grupos adquieren poder sobre los recursos (materiales, ideológicos, culturales, económicos) – poder relacionado con lo extrínseco -, y poder sobre sí mismos y sus vidas – poder relacionado con lo intrínseco -. Ambas dimensiones del empoderamiento están estrechamente vinculadas: el proceso de transformación interna de la propia conciencia y circunstancias de vida permitiría vencer las barreras externas (Sen, G., 1999). El empoderamiento supone un trastocamiento y una transformación de las relaciones de poder. En el campo específico de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el empoderamiento en tanto proceso individual y colectivo, permite que las personas, y en especial las mujeres, se construyan en tanto sujetos sexuales con derechos en el campo de la sexualidad y la reproducción. Derechos que implican el acceso a poder y recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera autodeterminada. La autodeterminación sexual y reproductiva, sólo será posible en la medida que se promuevan sujetos con autonomía para ejercer sus derechos, sobre la base del autocuidado y el mutuocuidado, el respeto a la diversidad y la responsabilidad social. *“El concepto de autonomía en el campo de la sexualidad y la reproducción está referido a la idea de que la persona desarrolle la capacidad de negociar sexualmente con el otro, desde un lugar de equidad y no desde posiciones supraordinadas o subordinadas. Implica poder identificar, (re)conocer y significar las propias necesidades y buscar formas de satisfacción en el marco del respeto del otro y de las propias decisiones”.* (López Gómez, 2000)

En la base de los derechos sexuales y reproductivos, se encuentran los principios éticos de la integridad corporal, la capacidad para ser persona, la diversidad y la equidad (Correa, Petchesky, 1995), que permiten su relacionamiento estrecho con la construcción y el ejercicio pleno de ciudadanía. Ser ciudadano/a implica ser actor con capacidad de influencia y construcción de lo social, con capacidad de apropiación, ejercicio y defensa de sus derechos (saberse sujeto de derechos).

“El ejercicio de los derechos reproductivos será factible cuando los contextos social, político, legal, económico y cultural, favorezcan las posibilidades de autodeterminación y además, cuando los personajes institucionales, logren comprender el proceso reproductivo con el que se relacionan, y a la vez, su institución respete las condiciones y tiempos propicios para su interacción. Para ello se requiere que los prestadores de servicios se sientan también sujetos de derechos y transformen la compleja red de imposiciones en las que se hallan inmersos.” (Figueroa, 1997)

2.4. El género como categoría de análisis en el campo de la salud reproductiva.

La integración del enfoque de género al campo de la salud y las políticas públicas, es una opción no sólo epistemológica y teórica, sino también una opción política.

El género, en tanto construcción social compleja, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales (categoría relacional) y una forma primaria de relaciones significativas de poder (ordenador social) (Scott, 1996). Asimismo, refiere a una cuestión de los sujetos y sus identidades, en tanto subjetividades producidas socio-históricamente. Cuatro dimensiones constituyen lo sustancial del sistema de géneros en las cotidianidades de las sociedades: lo normativo (conjunto de reglas instituidas que se apoyan en lo simbólico); lo simbólico (las representaciones del imaginario social sobre lo femenino y lo masculino, y sus relaciones); lo político institucional (sistema de instituciones que definen y redefinen cotidianamente las relaciones de género) y lo subjetivo (que expresa la estructuración en lo subjetivo y psíquico de los aprendizajes acerca de lo que significa ser varón o ser mujer). (Scott, 1996)

El enfoque de género permite analizar y predecir si una política propone y asegura cambios que respondan a las necesidades de equidad e igualdad de género, o si por el contrario refuerza las relaciones desiguales de poder. En el Informe de Timyan et al. (1993) se señala que *“el análisis es incompleto si no ha sido considerado el impacto del sistema de género. El análisis de género parte de la base de que las políticas no pueden estar separadas del contexto social. Los potenciales efectos diferenciales de las políticas, programas y legislaciones respecto de mujeres y varones, a menudo están enmascarados o invisibles. Los roles definidos culturalmente pueden cambiar y de hecho cambian como efecto de la intervención de las políticas”*.

El género como categoría y como enfoque brinda herramientas para comprender y dar sentido a una serie de fenómenos percibidos en la realidad de los servicios y en la dinámica de los equipos de salud, que se visualizan primariamente como contradicciones, discordancias y conflictos.

Asimismo, la perspectiva de la salud reproductiva como proceso multidimensional que integra tanto los aspectos vinculados a los procesos reproductivos a lo largo del ciclo vital de las personas, como la dimensión del ejercicio pleno de los derechos relativos a la sexualidad y la reproducción en

tanto derechos humanos, permite complejizar la mirada sobre el diseño e implementación de políticas de salud.

La incorporación del enfoque de género a las políticas de salud (y particularmente de salud reproductiva) implica una intencionalidad y sensibilidad política tendiente a revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción y sus efectos concretos en la vida de las personas. Permite visualizar e identificar las necesidades diferenciadas de mujeres y varones en relación con su estado de salud, con el acceso y uso de los servicios, y con su participación en el desarrollo de la salud. Desde el punto de vista metodológico, implica un corrimiento de las tradicionales prácticas centralistas en la definición y planificación de las políticas públicas. Promover la efectiva participación ciudadana desde el inicio del proceso de definición de las políticas (incluyendo los procesos de monitoreo y evaluación de las acciones) constituye uno de los desafíos mayores para los tomadores de decisión, y constituye un pilar fundamental en los procesos de reforma del sector salud.

2.5. Varones, salud reproductiva y servicios

Si bien existen antecedentes de investigación en torno al papel de los varones en el campo de la salud reproductiva desde hace más de dos décadas, la CIPD impulsó los estudios de masculinidad, con énfasis en sexualidad y salud reproductiva, especialmente en América Latina y El Caribe. En el “Simposio sobre Participación Masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas” (Oaxaca, 1998) se afirma que *“la actitud de los hombres acerca del uso de anticonceptivos ha sido uno de los tópicos más documentados”*, fundamentalmente en las actitudes y significados de los varones ante el uso de preservativos. Se sabe que, aunque los hombres conozcan los métodos anticonceptivos, existe una distancia considerable entre el discurso sobre su conocimiento y su real utilización de manera adecuada en las relaciones sexuales. (Gomensoro et al, 1995) Algunos investigadores recomiendan que las organizaciones de salud sexual y reproductiva tengan presente el proceso de toma de decisión de la pareja y que los proveedores ofrezcan programas para hombres. (Valdés, Olavarría, 1998)

Sin embargo, no es simple actuar en el campo de la salud sexual y reproductiva de los varones, desde los actuales modelos predominantes de atención.

En principio, podrían determinarse dos campos de interés en relación a los varones y los servicios de salud reproductiva:

- Por una parte, en lo que concierne a la figura del “varón – aliado”, que apunta a favorecer la consulta de la mujer con apoyo de su pareja (FNUAP, 1996) y que promueve la responsabilidad masculina. Dicho enfoque se apoya fundamentalmente en una perspectiva esencialista de la masculinidad, visible en documentos de carácter consensual (CIPD, 1994) y que cristaliza la figura del varón, desde una mirada universal, única y empobrecedora (Arihla, 1999). Problematicar el llamado a la responsabilidad masculina implicaría, más que un mero cambio actitudinal, una compleja de-construcción de los modelos educativos y socializantes que generan formas de sentir, pensar, amar, enfermar y morir en los varones (Güida, 2000). El llamado a la “responsabilidad” masculina se enfrenta a las prácticas consolidativas de las masculinidades hegemónicas, que parten de los servicios de salud reproductiva.

- Por otra parte, en la atención de la salud sexual y reproductiva de los propios varones, ha habido un descuido compartido entre los servicios - centrados fundamentalmente en los aspectos concernientes a los procesos reproductivos y la anticoncepción en la mujer, un campo protagonizado por la ginecología – y el sujeto varón que sólo tiende a consultar cuando se siente enfermo. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que cuando se consulta a los varones acerca de sus necesidades y requerimientos para la atención, reclaman servicios de alta calidad, accesibles económicamente, intimidad, confidencialidad, personal sensible a sus necesidades, y horarios de atención clínica compatibles con los de su trabajo (OMS, 2000). En el caso de adolescentes y jóvenes varones, demandan a su vez, la inclusión de actividades recreativas que permitan una participación protagónica, así como la sensibilización del personal de salud (Barker, 2000).

Abordar la participación masculina en el campo de la salud reproductiva, a partir de los servicios, puede generar consecuencias no deseadas, como ha ocurrido con algunos programas, que generaron un aumento del control de los varones sobre las decisiones de la pareja, en lugar de democratizar las relaciones de género. (Lundgren, 2000)

La incorporación de la dimensión de género, apuntaría a pensar en las consecuencias de una nueva relación entre mujeres y varones, superando un enfoque centrado exclusivamente en unas u otros. (Helzner, 2000)

2.6. Calidad de atención y calidad de servicios

Existen diversas conceptualizaciones en relación a calidad de atención en servicios de salud. Los enfoques difieren desde aquellos que entienden a la calidad como una estrategia que optimizará los niveles de eficiencia, hasta aquellos que se centran en los derechos de las/os usuarias/os.

La técnica utilizada en administración de empresas, denominada Gestión de Calidad Total, desarrollada a mediados del siglo XX, fue adoptada por las agencias internacionales de planificación familiar hacia fines de los ochenta. De allí que el lenguaje utilizado esté impregnado de la filosofía empresarial.

Proyectos y programas de planificación familiar orientados a África, América Latina y Asia, depositaron en la calidad de atención a través de sus diversas metodologías (mejoramiento continuo de calidad, mejoramiento de calidad de servicios, orientación hacia el cliente y eficiencia respecto al proveedor) la posibilidad de generar mayores impactos en la reducción de nacimientos. En algunos casos, la calidad de atención apareció como un obstáculo para la utilización de nuevos métodos anticonceptivos, aún no aprobados en el denominado primer mundo. (Rogers, 1993)

Los enfoques tradicionales de calidad, formulan un “deber ser” orientado a la satisfacción de cada cliente. Desde este enfoque de calidad, la satisfacción del cliente interno/externo, la relación costo- beneficio, la calidad entendida como la venta de un producto y la eficiencia como meta de la calidad de atención, traslucen una visión mercantilista de las acciones en salud.

Algunos autores diferencian el concepto de calidad de atención del concepto de calidad de servicio, términos que a menudo se utilizan indistintamente.

El antecedente más destacado en el campo de la salud reproductiva es el denominado Marco de Referencia de Bruce (Bruce, 1990), de aplicación a los servicios de planificación familiar, que fue modificado sucesivamente por distintas agencias y especialistas en la materia. La propuesta de Bruce incluye seis campos a ser evaluados: elección del método, información entregada al cliente, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de seguimiento y continuidad, y consuetudina apropiada de los servicios. La Organización Panamericana de la Salud y Family Health International agregaron otros componentes al marco citado: disponibilidad de suministros esenciales, accesibilidad a los servicios, y coordinación entre los servicios de salud reproductiva, salud materno infantil y de tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

En la región, el enfoque que brinda Matamala (Matamala et al., 1995) se aleja de los parámetros empresariales para ubicarse en el campo de los derechos sexuales y reproductivos y abarcar los componentes político – programáticos de las acciones en salud. De esta manera, la calidad de atención, supera el ámbito de las relaciones proveedor/prestador – usuaria, incluyendo la esfera de las instituciones rectoras. Asimismo, problematiza los componentes subjetivos y de género que condicionan la calidad de los vínculos. Según esta autora *“una atención de buena calidad en salud de las mujeres, es aquella que, junto con resolver el motivo de consulta, contribuye a modificar positivamente la baja autoestima y la subvaloración de las mismas, así como también, a promover la apropiación de su corporalidad y el ejercicio de derechos”*. Desde su perspectiva, mejorar la calidad desde este enfoque implica impactar en diversos ámbitos: sistema de salud en general (incluyendo políticas, normativas y recursos), personas prestadoras y usuarias/os.

2.7. Reforma del sector salud y salud reproductiva

El diálogo entre las propuestas de reformas del sector salud (RSS) y el enfoque de la salud reproductiva es relativamente nuevo en el debate sobre las políticas de salud (Standing, 2000). La llamada “primera generación de reformas”, estaba fundamentalmente centrada en la provisión de servicios y en el sector salud¹⁶. En la “segunda generación”, ubicada hacia los 90s., algunos de los componentes de la primera mantienen su vigencia, pero se amplía el enfoque al incorporar con énfasis la focalización en las necesidades y demandas de la población, la cooperación con actores sociales y la salud como parte de la agenda contra la pobreza.

Juan Arroyo plantea que las actuales tendencias de reforma en Latinoamérica inauguran nuevas concepciones, señalando que la *reforma sanitaria silenciosa*, es decir la reforma cultural y simbólica, se encuentra en el núcleo de la misma: *“la reforma ya no puede ser leída sólo o principalmente en los dispositivos jurídicos o en el simple nivel de la nueva arquitectura organizacional o financiera, sino en su modelo general y los paradigmas y discursos que expresa, las nuevas ideas y valores que son su fundamento.”* (Arroyo, 1997). Según este autor, la llamada primera generación de reformas, se basó en los dos

¹⁶ Según Standing, la “Primera Generación”, incluye básicamente mejoras en el gerenciamiento de los sistemas de salud; reformas del sector público; costo – efectividad de las intervenciones; contención del gasto; descentralización y trabajo con el sector privado.

discursos sanitarios hegemónicos: el discurso del Estado Benefactor¹⁷ y el discurso de la Atención Primaria¹⁸, si bien –señala– que ambos discursos no se aplicaron totalmente en la mayoría de los países de la región. Por ello, dice el autor “*no hay presencia generalizada de sistemas únicos o sistemas nacionales de salud en América Latina*”. La prevalencia en Latinoamérica de reformas sanitarias silenciosas, no explícitas, dificulta su visibilidad y debate público. “*Las reformas explícitas tienen como punto de partida actos legislativos, esto es la dación de dispositivos jurídicos que modifican sistemáticamente la organización y financiamiento de la atención de la salud*”. Las silenciosas, “*tienen más bien un itinerario a veces zigzagueante y marchan como procesos de reconfiguración desregulada o semirregulada de los sistemas sanitarios.*” (Arroyo, 1997)

Las dificultades de articulación entre las propuestas de reforma del sector salud y la salud reproductiva se deben, según Standing, en buena medida a los muy diferentes lenguajes que manejan, junto con la focalización que han realizado los actores que abogan por la salud reproductiva en los asuntos referidos a la provisión de servicios, sin incluir un enfoque ligado a un sistema más abarcador. La salud reproductiva se ofrece como propuesta de visión y no como un área técnica o sector “con presupuesto adicionado”. Sin embargo, los programas tradicionalmente vinculados con la salud reproductiva (planificación familiar, salud materno infantil) han sido de corte vertical.

La integración de la equidad de género en los procesos de RSS, permite dar una respuesta integral a las necesidades de salud de mujeres y varones, al promover la participación ciudadana, con especial énfasis en la participación activa de las mujeres en todas las fases (identificación de necesidades, diseño de programas, gestión, evaluación, monitoreo y control), favoreciendo los procesos de empoderamiento. El concepto de equidad se sostiene en la noción de necesidad. Esto supone que la (re)distribución de recursos y beneficios del sistema deberá estar orientada por consideraciones relacionadas con las necesidades diferenciadas de mujeres y varones, y no por criterios imparciales de igualdad. “*El comportamiento de las inequidades de género en la salud y en la atención de la salud dependerá, entonces, de las formas particulares en que se estructure y articule el sistema de salud (el público y el privado) para responder a las necesidades –e incorporar las contribuciones –particulares de cada sexo*” (OPS, 2000).

¹⁷ Según Arroyo, el discurso del Estado benefactor incluye la idea fuerza de la equidad en términos de cobertura, el modelo médico convencional (hegemónico según Menéndez), el enfoque hospitalario-céntrico, la organización sectorial por sistemas y subsistemas, la seguridad social laboral, el subsidio vía la oferta, la planificación normativa y el modelo de gestión burocrática

¹⁸ Según Arroyo, el discurso de la Atención Primaria está centrado en la promoción y la prevención, la descentralización, la participación social y la medicina de tecnología adecuada.

■ 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1.- Fundamentación

En función de los objetivos del estudio se propuso el diseño de una estrategia metodológica tendiente a la integración de técnicas cualitativas y cuantitativas a los efectos de conocer diferentes facetas y perspectivas sobre un mismo objeto de estudio: *los factores que inciden en la implementación de un Programa en salud integral de la mujer en el marco de Centros de Salud organizados desde un enfoque materno infantil*. Asimismo, se conformó un equipo interdisciplinario integrado por investigadores/as vinculados a las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. De esta manera, se intentó profundizar en el análisis a partir de diferentes perspectivas disciplinarias, su confrontación y articulación. La estrategia de integración mediante la combinación de métodos, fuentes, técnicas e investigadores, constituye uno de los criterios elegidos para la confiabilidad de los resultados.

Los procedimientos de *triangulación* de los datos generados por los diferentes componentes y técnicas de la investigación configuran una modalidad de validación de los hallazgos y conclusiones. La aplicación de diversos instrumentos - entrevista a técnicos y directores de los Centros, entrevista a autoridades ministeriales, entrevista a usuarias, encuesta a usuarias, observación directa de Centros y análisis documental - así como la triangulación de la información recogida, permitió recuperar el punto de vista de los diferentes actores y analizar mejor el escenario de desarrollo del Programa SIM, en aquellos puntos que presentaban divergencias y contradicciones.

La combinación de las técnicas de encuesta y entrevista a usuarias, permitió profundizar la comprensión de algunos de los resultados.

La estrategia metodológica estuvo centrada en la triangulación, concepto que refiere a “*la combinación y cruce de múltiples puntos de vista, a la tarea conjunta de varios investigadores, a la visión de diferentes informantes, y al uso de técnicas diversas de recolección de datos acompañando todo el trabajo de investigación a fin de permitir la interacción, la crítica intersubjetiva y la comparación.*” (de Souza Minayo, Cruz Neto, 1999)

3.2. Criterios de selección de ámbitos de estudio: Centros de Salud

El Departamento de Montevideo tiene una población de 1.344.839 habitantes¹⁹. La cobertura asistencial del 40% de esta población es brindada por el MSP²⁰ a través de servicios de distinto nivel de complejidad. El SSAE tiene en Montevideo, una red de servicios de Primer Nivel de Atención, constituida por diez Centros de Salud, con áreas de responsabilidad bien delimitadas, que cubren gran parte de las áreas urbana y sub-urbana del Departamento. A su vez, cada Centro tiene, dentro de su área, una serie de Policlínicas dependientes y consultorios de médicos de familia.

¹⁹ Fuente INE, Censo de Población, 1996.

²⁰ Fuente: INE, Idem.

En los Centros de Salud y sus Policlínicas dependientes se efectuaron 1.200.000 consultas durante el año 2001.

El estudio se implementó en los Centros de Salud que fueron seleccionados según los siguientes criterios:

- Dimensión del Centro.
- Antecedentes de implementación del Programa de Maternidad y Paternidad elegida.
- Presencia de servicios de AUPF.
- Dinámica de funcionamiento del Centro de Salud.

Los **5 Centros seleccionados** aleatoriamente para el estudio, sobre un total de diez, fueron los siguientes: Centro Giordano, Centro Santa Rita, Centro Unión, Centro Cerro, Centro Piedras Blancas.

3.3. Técnicas para la recolección de la información

Se utilizaron las siguientes técnicas:

- 1) Análisis documental
- 2) Observación de Centros de Salud
- 3) Entrevistas a informantes clave: técnicos/as y directores/as de los Centros
- 4) Entrevistas a autoridades ministeriales
- 5) Encuesta a mujeres usuarias de los Centros de Salud
- 6) Entrevistas a mujeres usuarias de los Centros de Salud

3.3.1. Análisis documental

El primer paso consistió en la selección y sistematización de los Documentos de interés para el estudio. Para ello se confeccionó una pauta de análisis documental.²¹ Se relevó inicialmente documentación elaborada por el MSP (publicada y de circulación interna); por otras instancias gubernamentales referidas a las políticas de salud y documentos que recogen antecedentes nacionales en la implementación de programas en salud reproductiva.

3.3.2. Observación de Centros de Salud

Se realizaron observaciones directas en los cinco Centros seleccionados, mediante una pauta predeterminada²². Se propuso la observación como una técnica para recoger información sobre la dinámica de funcionamiento cotidiano de la sala de espera del Centro, relaciones interpersonales, tipo de comunicación, organización del espacio y del tiempo, privacidad de la consulta, entre otros puntos. Una vez finalizada la recolección de la información, la misma se sistematizó a partir del análisis de los datos consignados en el instrumento elaborado. La observación de Centros fue el primer paso del trabajo de campo, como aproximación inicial al objeto de estudio, y fue realizada por tres integrantes del equipo de investigación.

²¹ Ver Anexos

²² Ver Anexos

3.3.3. Entrevistas a informantes clave: técnicos/as y directores/as de los Centros de Salud.

Para la selección de la muestra de informantes, en cuanto a técnicos se refiere, se contemplaron los siguientes criterios: desempeñar funciones en alguno de los cinco Centros seleccionados -a razón de dos por Centro-; incluir mujeres y varones; incluir gineco-obstetras, parteras y licenciadas en enfermería; incluir técnicos/as que además se desempeñaran como coordinadores del Programa SIM en el Centro. No se incluyeron en la muestra otras profesiones, por entender que en las etapas iniciales de implementación del Programa SIM, serían las seleccionadas las que tendrían una mayor incidencia en el proceso. Se entrevistó un total de 10 técnicos/as distribuidos de la siguiente manera: cinco gineco-obstetras, una licenciada en enfermería y cuatro parteras.

Se confeccionó una pauta y guía de entrevista a técnicos/as²³ que incluyó los siguientes tópicos:

1. Facilitadores y obstáculos en la implementación del Programa SIM
2. Implicación en la implementación del Programa.
3. Posicionamiento sobre la anticoncepción y la integralidad de la consulta. gineco-obstétrica en el Centro de Salud.
4. Representaciones sobre las usuarias del Programa.
5. Percepción acerca del lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas.

Se realizaron entrevistas a la totalidad de las direcciones de los Centros de Salud seleccionados (5).

Se confeccionó una guía de entrevista a directores/as²⁴ que incluía los siguientes campos de indagación

1. La relación entre el Centro y las usuarias: qué demandan las usuarias, cuáles son sus necesidades en salud, qué encuentran en el Centro.
2. Facilitadores y obstáculos en la implementación del Programa SIM.
3. El enfoque materno infantil y el enfoque en Salud Reproductiva.
4. Acciones de promoción y educación en Salud Reproductiva.
5. El papel del varón en la Salud Reproductiva.
6. Necesidades de capacitación del personal del Centro.

Sobre un total de 15 entrevistas a directores y técnicos, la distribución por sexos fue de cuatro varones y once mujeres.

3.3.3.1. Análisis de las entrevistas

Para el análisis de entrevistas a directores y técnicos, el primer paso consistió en la desgrabación y transcripción literal de las mismas. En un segundo momento, se procedió a la identificación de los grandes temas mediante la creación de códigos que se correspondían con los tópicos de las guías de entrevistas. Para la codificación de los grandes temas se procedió de manera deductiva; mientras que en la codificación fina que se realizó con las sucesivas lecturas del material de entrevistas, se procedió de manera inductiva. Se trató de identificar lo que “se dice sin decir” (Castro, 2000), los implícitos y los supuestos (teóricos, ideológicos) que organizan el discurso de los/as entrevistados/as.

²³ Ver Anexos

²⁴ Ver Anexos

3.3.4. Entrevistas a autoridades del Ministerio de Salud Pública

Las entrevistas a autoridades ministeriales se realizaron en la última fase de implementación del trabajo de campo, debido a los cambios que se produjeron en este nivel en los últimos meses. Se realizaron entrevistas con autoridades ministeriales de la Dirección General de la Salud, a los efectos de poder conocer su perspectiva respecto a la situación actual de las políticas en salud reproductiva en el país, identificar las tensiones que existen en su profundización e indagar acerca de las tendencias en este campo.

3.3.5. Encuesta a mujeres usuarias de los Centros de Salud.

3.3.5.1. Población y Muestra

El universo del estudio estuvo constituido por la población femenina usuaria de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del Sub-sector Público de la ciudad de Montevideo.

Se seleccionó una muestra de 683 mujeres de entre 10 y 49 años de edad, usuarias de los Centros de Salud del SSAE. El tamaño muestral se definió a partir de los siguientes parámetros:

- Frecuencia esperada de algunas variables de estudio. Una de las variables seleccionadas, fue *Temor a la realización del Papanicolaou* que en estudios anteriores mostró una frecuencia del 21%.²⁵
- Nivel de confianza: 95%.
- Precisión: 0.03.

La muestra fue seleccionada entre las mujeres que entre el 21 de noviembre y el 19 de diciembre de 2001, concurren a los cinco Centros de Salud seleccionados para el estudio.

Se realizó un muestreo estratificado por Centro de Salud según la proporción de consultas durante el Primer cuatrimestre de 2001 (Cuadro A).

Cuadro A. Distribución y estratificación de la muestra según Centro de Salud.

Centro de Salud	Consultas 1er.Cuatrimestre 2001		Muestra seleccionada	
	Nº	%	Nº	%
Cerro	29.089	38	258	37.9
Piedras Blancas	17.552	23	156	23.0
Unión	5.660	8	54	7.9
Giordano	10.088	13	90	13.2
Santa Rita	13.342	18	122	18.0
Total	75.701	100	680	100.0

²⁵ Bonino M, Faral L, Richero R, Terra C "Creencias, prácticas y opiniones de mujeres en edad fértil en relación al uso de los servicios de salud materno-infantil" 1994.

Las mujeres fueron seleccionadas entre las que se encontraban presentes en la sala de espera del Centro, durante los días de realización de la encuesta.

3.3.5.2. Instrumento

Se utilizó un formulario²⁶ constituido por 14 preguntas cerradas (con respuestas precodificadas) y 16 preguntas abiertas, cuyas respuestas fueron categorizadas y codificadas luego de realizada la encuesta. En el instrumento se pueden identificar diferentes bloques de preguntas referidos a:

- Características sociodemográficas
- Percepción de las mujeres sobre sí mismas
- Conciencia y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos
- Percepción sobre calidad de la atención que reciben en el Centro de Salud
- Trayectoria reproductiva
- Utilización de métodos anticonceptivos
- Aspectos vinculados al ejercicio de la sexualidad
- Hábitos y actitudes referidos a prácticas preventivas

3.3.5.3. Recolección y elaboración de los datos.

Los datos fueron recogidos mediante entrevista a cargo de profesionales seleccionadas por concurso, y capacitadas a tales efectos. Las entrevistas se efectuaron en espacios físicos habilitados en los Centros para su realización, o en la propia sala de espera. Cada entrevistadora realizó posteriormente el control de sus formularios, en orden a identificar datos faltantes o inconsistencias. Fueron supervisadas por una integrante del equipo de investigación.

Se diseñaron Bases de datos en formato EPI-INFO. Se realizó la captura electrónica de los datos por digitadoras entrenadas, supervisadas por los investigadores.

Los datos fueron elaborados en base a un plan de análisis previamente determinado en orden a los objetivos de la investigación y a las cinco dimensiones definidas para la presentación de resultados. Fueron procesados en EPI-INFO y SPSS.²⁷

3.3.6. Entrevistas a mujeres usuarias de los Centros de Salud

La técnica de entrevista a usuarias, se realizó como complementaria de la encuesta, a los efectos de explorar más extensamente, algunos de los resultados surgidos del análisis de la encuesta, que entendimos como aspectos relevantes. En tal sentido, se elaboró una pauta con los siguientes tópicos:

- significados de la maternidad
- significados de la interrupción voluntaria del embarazo
- decisión frente al uso de métodos anticonceptivos
- percepción de la relación con el Centro de Salud

²⁶ Ver Anexo

²⁷ Ver Análisis de los resultados

Se construyó un muestreo teórico teniendo en cuenta las siguientes variables: edad (en edad reproductiva), antecedentes de maternidad (mujeres con hijos) y frecuencia de asistencia al Centro (frecuente o baja).

Las entrevistas se realizaron en uno de los Centros de Salud, en un espacio físico acordado previamente a los efectos de garantizar la privacidad y el anonimato. Fueron realizadas por una de las investigadoras en tanto consideramos que a los efectos de favorecer el abordaje de los temas planteados, era excluyente un entrevistador varón.

■ 4. CONSIDERACIONES ETICAS

El equipo de investigación se propuso implementar una estrategia de presentación del proyecto consistente en una serie de pasos a los efectos de informar, de manera oportuna y clara, a los distintos actores involucrados en el mismo, y solicitarles su colaboración y participación. Para ello, se mantuvieron reuniones con la Dirección del SSAE a los efectos de planificar las instancias de presentación ante los equipos técnicos y direcciones de los Centros de Salud. Se acordó la entrega a cada participante de una carta de Compromiso Etico²⁸ firmada conjuntamente por la Investigadora Principal, el coordinador del Programa SIM y el Director del SSAE, en la cual se establecieron los criterios éticos de confidencialidad y anonimato de la información, así como la explicitación de que la información a ser recogida sería de uso exclusivo de la investigación. Se dejó constancia de que los resultados de la investigación serían oportunamente difundidos entre los actores involucrados. Participaron de esta instancia 60 profesionales integrantes de los equipos de salud, se respondió a las dudas planteadas y se recogieron sugerencias. Los/as profesionales participantes mostraron especial interés sobre los campos de indagación que se planteaba el estudio en relación a las mujeres usuarias, así como acerca de las modalidades previstas de difusión de los resultados..

Se realizó también una reunión con el equipo de Dirección y el Departamento Técnico del SSAE a los efectos de presentar el proyecto y recoger impresiones y sugerencias.

Estas instancias constituyeron pasos fundamentales para el inicio de la implementación del Proyecto, con el conocimiento, aval y apoyo de los distintos actores institucionales involucrados.

En cuanto a las mujeres usuarias, tanto en la aplicación de la encuesta como en las entrevistas focalizadas, se les informó acerca de los objetivos del estudio, y se les solicitó el consentimiento verbal para participar en el mismo. Las mujeres se mostraron – en general – con buena disposición e interés en participar, así como también en conocer los resultados una vez finalizado el estudio.

A los efectos de la divulgación de los resultados se proyectaron las siguientes actividades:

- Entrevistas con autoridades del SSAE y de la Dirección General de la Salud del MSP;
- Seminario dirigido a directores y equipos técnicos de los Centros de Salud;
- Talleres con mujeres usuarias de los Centros de Salud;
- Publicación de los resultados y su difusión en el ámbito académico y en las organizaciones de la sociedad civil, en especial en las organizaciones de mujeres que trabajan en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

²⁸ Ver anexo.

■ 5. RESULTADOS

5.1. El contexto socio-económico e institucional como texto de la investigación.

A los efectos de una mayor comprensión del escenario social e institucional en el cual se implementa el Programa SIM, importa señalar dos dimensiones fundamentales que refieren al contexto socio-económico y al contexto institucional. El contexto no sólo enmarca una realidad para su mejor comprensión, sino que produce las formas que toma esa realidad, desde la perspectiva de cada actor. En tal sentido, *el contexto produce y cobra relevancia de texto* en el proceso de investigación.

A partir del año 2000, Uruguay vive una de las crisis socio-económicas más importantes de su historia. Así lo entienden los diferentes actores políticos, y así lo vive cotidianamente la amplia mayoría de la población. Crisis económica-productiva y financiera que se desencadena a partir de la crisis brasilera, y que se agudiza con la crisis argentina. La misma impacta sobre una realidad socio-económica preexistente con importantes desigualdades en el acceso al empleo y al consumo, con sectores que viven en condición de exclusión social y marginación, profundizando esta tendencia, y tornándola en situación de emergencia social. El aumento de la pobreza, la falta de credibilidad y confianza interna y externa en el sistema financiero, la no reactivación del sistema productivo, la inseguridad ciudadana vinculada al incremento de la violencia social, la pérdida de fuentes de empleo, y la pérdida constante del salario real, constituyen algunos de los elementos que han caracterizado el período de implementación de esta investigación.

Los funcionarios públicos han sido en la última década, el sector con mayor pérdida en el salario. En este sector se ubican los/as profesionales de la salud que trabajan en los establecimientos del MSP. Su salario promedio es de \$3.000 (107 U\$, a un tipo de cambio de \$28 por dólar americano), lo cual genera, como uno de sus efectos, el multiempleo de la mayoría de los/as profesionales, que deben buscar otras inserciones laborales para alcanzar un nivel de ingresos digno. Asimismo, desempeñan sus tareas en condiciones precarias y en áreas sociales críticas. La mayor parte de la población que se asiste en los Centros de Salud se encuentra en condiciones de vida vulnerables, tanto desde el punto de vista social y económico como subjetivo. Los/as profesionales trabajan en contacto cotidiano con la pobreza y la angustia social. En algunos Centros de Salud, ubicados en barrios calificados como zonas rojas (por su alta peligrosidad), se vive cotidianamente con el temor por la seguridad personal.

En estas condiciones los/as profesionales ejercen sus funciones, sosteniendo en su tarea y en la medida de sus posibilidades, el impacto de la crisis social y económica que también los incluye.

Una realidad también incierta se vivió a la interna del MSP en tanto, entre los meses de noviembre de 2001 y abril de 2002, se desencadenó una crisis política referida a la conducción de las autoridades actuantes. Esto generó un recambio de las mismas, con la asunción de nuevo Ministro y equipo de colaboradores en las instancias de definición política de la institución. Se produjo un cambio en las autoridades de la Dirección General de la Salud (DIGESA). La conducción del MSP que actuó en el período 2000 – 2001 estableció una serie de cambios significativos en las políticas sanitarias, entre los que se puede destacar la disolución de la Dirección de Promoción de la Salud (DIPROSA),

instancia ésta que articulaba los programas prioritarios en salud, definidos en las administraciones anteriores. Durante su mandato no se explicitaron los rumbos de las políticas sanitarias en el país, y una de las acciones que cobró visibilidad fue la instrumentación del Programa Uruguay Salud 2010, tendiente a identificar las principales necesidades de salud de la población y generar las propuestas pertinentes de intervención. Por decreto ministerial del mes de febrero de 2002 se produjo un cambio en la estructura organizativa de la Dirección General de la Salud, que implicó entre otros, la creación de la División de Salud de la Población. La misma tiene como principales cometidos: “*Desarrollar programas con el fin de contribuir al cambio voluntario de prácticas, actitudes y estilos de vida de la población.*” y “*Participar en la elaboración de programas, proyectos y acciones dirigidos a la promoción de salud y prevención de enfermedades*”, entre otros. Este cambio organizacional implicó también un cambio en el rumbo de las políticas y prioridades de salud, en tanto disminuyó la visibilidad pública y el desarrollo alcanzado por los nueve programas prioritarios (entre los que se encontraban el Programa Nacional de SIDA, el Programa de Lactancia Materna y el Programa de Maternidad y Paternidad Elegida). Incluso algunos de estos programas fueron disueltos. A partir de esta nueva estructura, los llamados programas prioritarios pasaron a ser una más de las múltiples atribuciones de esta División, en detrimento de su autonomía, presupuesto e incidencia en la población.

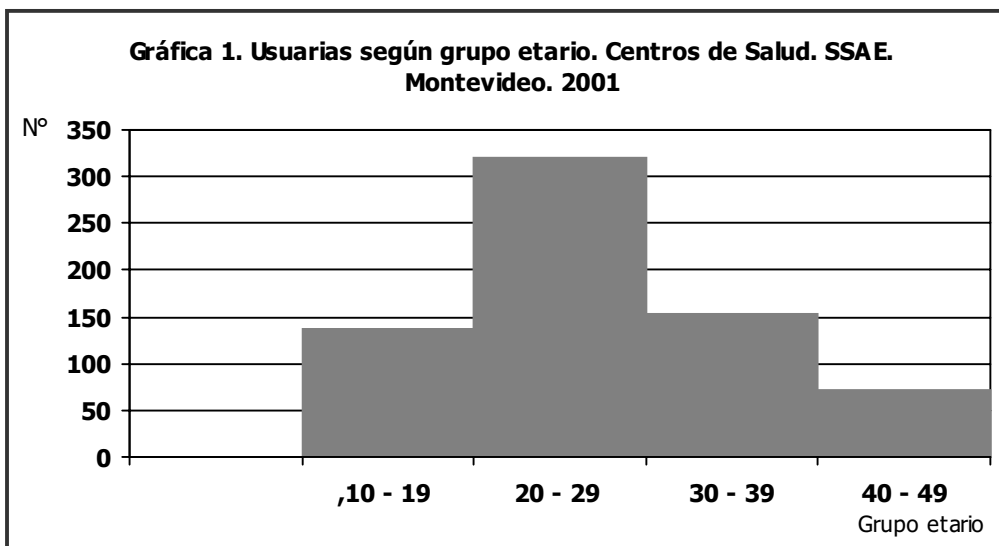
Las autoridades que asumieron en abril de 2002, recibieron un escenario institucional despojado de los pilares que significaron los programas prioritarios de salud. Los mismos estaban reducidos a sus expresiones mínimas, sin capacidad de acción, sin recursos suficientes, y transitando una crisis “existencial” en tanto no estaba clara su continuidad. Habían quedado suspendidos, en estado de latencia institucional, a la espera de las resoluciones que tomaran las nuevas autoridades. En este contexto incierto, quienes asumen la conducción tienen ante sí la ardua tarea de darle contenido a la nueva estructura.

En las entrevistas mantenidas con algunas de las nuevas autoridades, realizadas en el mes de mayo (a un mes de haber asumido sus funciones), se pudo percibir una sensibilidad y apertura a las temáticas de la salud sexual y reproductiva, que sugieren un interés por dar respuesta institucional a las problemáticas de este campo. En tal sentido, se observó en la reestructura de la DIGESA la reformulación del histórico programa Materno Infantil, en las Áreas de la Niñez y de la Mujer, dando cuenta de una tendencia a la integración de nuevos enfoques. Este cambio de perspectivas a nivel del organismo rector de las políticas de salud (DIGESA), puede significar una legitimación y un sostén institucional para el desarrollo y proyección del Programa SIM, gestado en el plano operativo del Primer Nivel de atención del MSP en Montevideo.

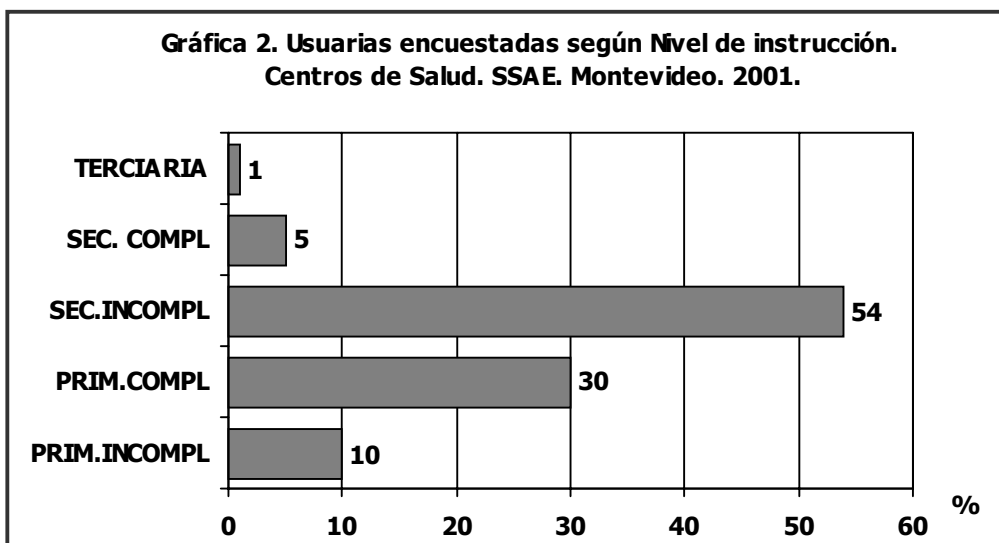
5.2. Características Sociodemográficas de las mujeres usuarias de los Centros de Salud

Se realizó un total de 683 encuestas a usuarias; en la Tabla I (ANEXO), puede observarse su distribución según Centro de Salud, que responde a las proporciones calculadas previamente.

En lo que respecta a su **distribución por grupo etario**, las dos terceras partes fueron menores de 30 años (67.1%), estando las restantes entre los 30 y los 49 años de edad. Esta distribución responde al perfil de edades de las usuarias que en general consultan en los Centros de Salud, aunque los límites, tanto inferior (10 años) como superior (49 años) fueron preestablecidos por nosotros (Gráfica 1. Tabla 2, ANEXO).



El nivel de instrucción de las mujeres usuarias fue, en términos generales, más bajo que el de la población de Montevideo de 6 años y más. En el Cuadro 1 se observa que un 94% de la población de la muestra se concentró entre Primaria y Secundaria Incompleta, mientras que la población general de Montevideo según el Censo de 1996, ha alcanzado niveles superiores de instrucción (14% Secundaria 2º Ciclo y 14.9% Terciaria).



CUADRO I. Porcentaje de usuarias encuestadas y población de Montevideo, según nivel de instrucción. Montevideo. 2001.

Nivel de Instrucción	Usuaris encuestadas	Población Montevideo*
Sin instrucción	0.1	1.2
Primaria	39.7	45.6
Secundaria 1° Ciclo	54.3	23.7
Secundaria 2°Ciclo	4.7	14.0
Terciaria	1.1	14.9

* Fuente: VII Censo General de Población. INE. 1996. Los datos referentes al nivel de instrucción en Montevideo, corresponden a la población de 6 años y más.

Sólo una de las mujeres encuestadas (0.1%) completó educación Terciaria. (Gráfica 2. Tabla 3. ANEXO).

El 92.4% de las usuarias interrumpió sus estudios, aduciendo diferentes causas: necesidad de trabajar (28.2%), costo inaccesible (12.5%), embarazo / hijos (10.9%), dificultad de aprendizaje (3.8%), habiendo un 15.2% que consideró suficiente el nivel educativo alcanzado, declarando haber “terminado sus estudios” (Tabla 4. ANEXO).

Si comparamos esto con los datos de la Tabla 3, que muestra que solo un 5.8% completó o superó el 2° Ciclo de Secundaria, podemos inferir que los dos tercios de quienes respondieron que han “terminado sus estudios” probablemente nunca se plantearon como meta el superar el nivel de educación Primaria.

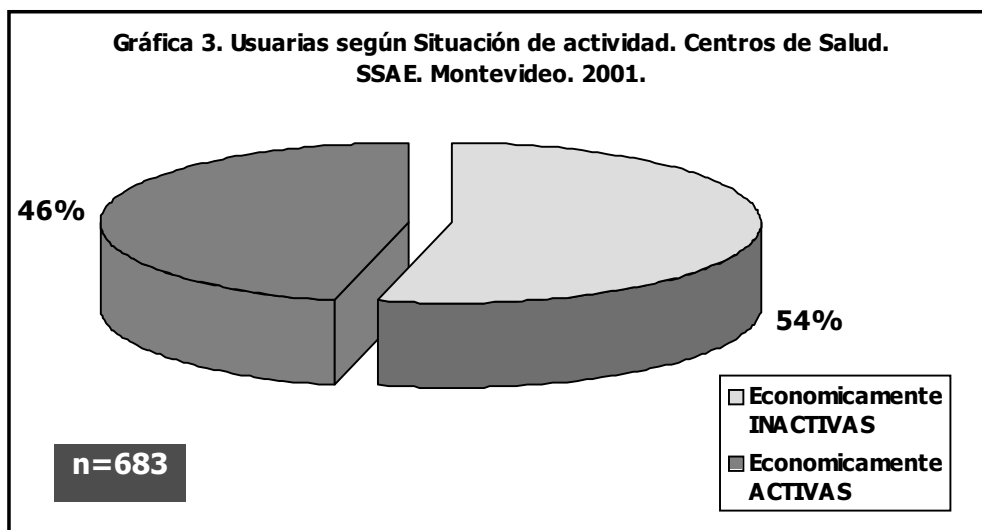
En lo que respecta a la **situación de pareja**, se observaron algunas características diferenciales con la distribución de la población de mujeres de 12 años y más de Montevideo (Cuadro 2). Entre las encuestadas, 45.7% declararon Unión libre frente a un 7.6% en Montevideo; un 25.4% de usuarias casadas, frente a un 40.9% en Montevideo. Si bien algunas diferencias pueden atribuirse a la distribución etaria de ambas poblaciones (por ej.: hay un 13% de viudas en Montevideo, frente a un 0.9% en nuestra población de interés que es más joven ya que va solo hasta los 49 años), otras probablemente estén asociadas a variables de tipo socioeconómico y cultural.

CUADRO 2. Porcentaje de usuarias encuestadas y población femenina de Montevideo, según situación de pareja. Montevideo. 2001

Situación de pareja	Usuarías	Mujeres Montevideo*
Casada	25.4	40.9
Divorciada	4.0	5.8
Soltera	23.8	29.7
Unión libre	45.7	7.6
Viuda	0.9	13.0
Otra	0.2	3.0
TOTAL	100.0	100.0

* Fuente: VII Censo general de población. INE. 1996. Estos porcentajes se refieren a la población de mujeres de 12 años y más.

La **situación de actividad** de las mujeres encuestadas (Gráfica 3. Tablas 6 y 7, ANEXO) mostró que el 54.0% eran económicamente inactivas, entendiéndose por tales a aquellas que no trabajaban ni buscaban trabajo (36.4%), a las amas de casa (16.9%) y a las jubiladas o pensionistas (0.6%). La población económicamente activa (46%) se distribuyó en 13.6% que tenían trabajo fijo, un 10.4% que hacía changas y un 22% que, aunque no trabajaba, buscaba trabajo. En la Tabla 8 (ANEXO) puede observarse que, de nuestra población de mujeres económicamente activas (314 personas), solo se encontraba ocupada un 52.2%, siendo el porcentaje de desocupación de un 47.8% (cifra muy superior a la media del país). En suma, de las 683 mujeres encuestadas, solo tenían trabajo 164. Entre estas últimas, el 43.8% recibía un salario en forma mensual y el 42.9% cobraba por día trabajado (Tabla 9, ANEXO).

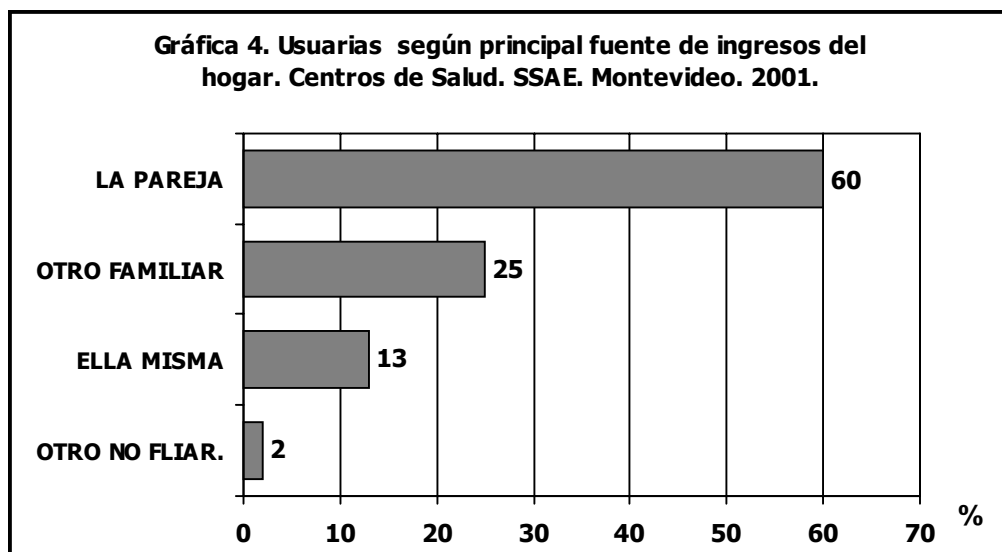


Esto es concordante con el supuesto que plantea Feijoo (1994), en el sentido de que “...el ser mujer en las sociedades latinoamericanas se encuentra marcado por algunas características básicas, entre ellas la dificultad de conciliar adecuadamente roles productivos y reproductivos, o de hacer compatibles los roles domésticos y los extradomésticos, en el marco de una ideología que considera a la maternidad como la misión “natural” de la mujer”. A esto podría agregarse el impacto que la situación diferencial de la pobreza tendría sobre estas construcciones que ideológicamente se presentan tan cercanas a la naturaleza.

En lo referente a monto del **salario promedio**, alcanzó a unos dos salarios mínimos nacionales (84 dólares americanos mensuales, a la cotización de \$28 por dólar de junio de 2002) en aquellas que tenían trabajo fijo (92) y superó escasamente un salario mínimo (45 dólares) en las que hacían changas (65) (Tabla 10, ANEXO).

Entre las encuestadas que tenían trabajo, más del 60% se dedicaba a **ocupaciones** de escasa calificación (domésticas, cuidado de personas, vendedoras ambulantes), 16.4% eran empleadas, 6.7% tenía algún oficio (costurera, peluquera, etc.) y sólo un 1.9% se desempeñaba en el rubro “Profesional, Técnica, Docente” (Tabla 11. ANEXO).

El 13.3% de las usuarias encuestadas manifestaron ser la **principal fuente de ingresos** en su hogar. En la mayoría de los casos la principal fuente de ingresos la constituyó la pareja (59.4%) u otro familiar (25%), lo que es un indicador importante del estado de dependencia en que vive la mayor parte de estas mujeres (Gráfica 4. Tabla 12. ANEXO).



En cuanto al **Tipo de Hogar**, la mayoría de las usuarias (54.3%) vive en Hogares Nucleares con Hijos. Le siguen en frecuencia los Hogares extendidos (32.9%). Si se comparan estos datos con la distribución de Tipo de Hogar en la población total de Montevideo, se observa el mismo orden pero con diferentes proporciones (Tabla 13. ANEXO; Cuadro 3). Se destaca como diferencia que, entre

la población total de Montevideo, el Tipo de Hogar que aparece tercero en frecuencia, es el Nuclear sin Hijos (10%), mientras que entre las usuarias de los Centros de Salud el Tipo de Hogar que ocupa el tercer lugar es el Monoparental con Hijos (7%).

CUADRO 3. Porcentaje de usuarias encuestadas y población de Montevideo, según Tipo de Hogar. Montevideo. 2001.

Tipo de Hogar	Usuaris	Pobl. Montevideo*
Hogar Compuesto	1.8	5.9
Hogar Extendido	32.9	28.4
Monoparental con Hijos	7.0	8.5
Nuclear con Hijos	54.3	41.5
Nuclear sin Hijos	3.7	10.0
Unipersonal	0.3	5.7
TOTAL	100.0	100.0

* Fuente: VII Censo general de población. INE. 1996.

La **cantidad promedio de personas** por hogar fue mayor en la población encuestada (5 personas/hogar) respecto de la población urbana de Montevideo (3 personas/hogar). Se destaca que aproximadamente 3 de cada 10 usuarias, viven en hogares constituidos por 6 y más personas. (Tabla 14. ANEXO).

En el mismo sentido, el estudio INFM (1999) afirma: “...en condiciones de pobreza las familias tienen una fecundidad mayor y por ende un tamaño mayor. También asociado a ello y respondiendo a estrategias de sobrevivencia, los arreglos familiares de tipo extendido, integrados por la pareja, sus hijos y otros familiares llegan a tener en promedio, casi seis integrantes (5.65)”.

5.3. Dimensiones de análisis

A partir del proceso de análisis del material de los diferentes componentes del estudio, en el cual se pretendió recuperar los puntos de vista de los sujetos de la investigación, se identificaron cinco dimensiones que permitieron definir los campos de integración y organización de los resultados. Las mismas dan cuenta de cómo se expresa la tensión paradigmática entre la salud reproductiva y la salud materno infantil, en la implementación del Programa SIM.

Las dimensiones identificadas fueron:

- a) *Factores vinculados a la tensión entre los enfoques de la salud reproductiva y la salud materno infantil.*
- b) *Factores vinculados a las representaciones sobre la mujer usuaria.*

- c) Factores vinculados a la conciencia y ejercicio de derechos sexuales y de derechos reproductivos.
- d) Factores vinculados al lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas.
- e) Factores vinculados al modelo de atención: los aspectos operativos y funcionales.

5.3.1. Factores vinculados a la tensión entre los enfoques de la salud reproductiva y de la salud materno infantil

5.3.1.1. Desde la perspectiva de las mujeres usuarias

Hemos considerado que las respuestas de las mujeres encuestadas evidenciaron una tensión que parece atravesar diferentes planos de la realidad, desde la conceptualización teórica que permite identificar los paradigmas que sustentan los modelos de atención, hasta las prácticas concretas de los/as profesionales que están en contacto con los/as usuarios de los servicios.

También las mujeres encuestadas en los Centros de Salud respondieron desde diferentes conceptualizaciones sobre lo que para ellas significa *ser mujeres y estar sanas*, centrándose a veces solamente en la maternidad, o integrando otras veces, diversos aspectos de su vida sexual y reproductiva, en una perspectiva más integral.

Esto se reflejó en las respuestas concernientes a los siguientes temas:

- Aspectos referidos a su trayectoria reproductiva.
- El número real de hijos y la cantidad que hubieran deseado tener.
- Las actitudes ante un embarazo no buscado y las explicaciones respecto de las mismas.
- Las aproximaciones explicativas en relación a prácticas preventivas y de autocuidado de las mujeres.
- La necesidad de interlocutores en los servicios para abordar temas referidos a su sexualidad.

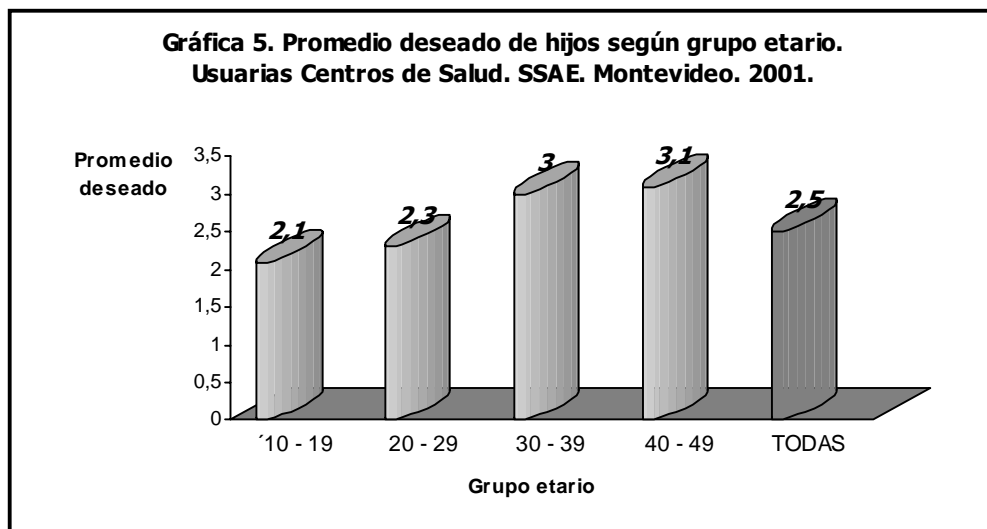
Respecto a la **trayectoria reproductiva** de las usuarias encuestadas, lo primero a destacar es que el 90% había estado o estaba embarazada. (Tabla 51. ANEXO). La cuarta parte de las mujeres ha tenido entre 3 y 4 embarazos, y aproximadamente una de cada 10, ha tenido 5 o más gestaciones.

Si se analiza el promedio de embarazos en las distintas décadas de la vida a partir de los 10 años, se observa que se correlacionan perfectamente aumentando el promedio en un embarazo por década, comenzando con un embarazo en el grupo de 10 a 19 y llegando a 4 embarazos promedio entre los 40 y 49 años. (Tabla 52. ANEXO).

La experiencia de abortos espontáneos fue mencionada por el 10.1% de las mujeres, cifra inferior a la información médica disponible, que ubica entre 20 y 25% la probabilidad de abortos espontáneos. El aborto provocado solo fue referido por el 1.5% de las mujeres encuestadas. (Tablas 56 y 57. ANEXO). En Uruguay, el aborto provocado en condiciones de riesgo, es considerado por diferentes actores como un grave problema de salud pública. Durante el año 2001, murieron por esta causa 16 mujeres, todas ellas pertenecientes a sectores sociales de escasos recursos. No existen a nivel nacional estimaciones confiables sobre la incidencia de esta práctica. Pensamos que el porcentaje que revelaron las usuarias responde más que a sus trayectorias reproductivas, al temor ante la sanción social y legal.

En relación al **número deseado de hijos**, dos tercios de las mujeres hubieran tenido dos hijos o menos. (Tabla 58. ANEXO). La cuarta parte de las mujeres ubicaron entre 3 y 4 la cantidad deseada de hijos.

El promedio deseado de hijos en el total de las encuestadas se ubicó en 2.5. Se observó un ascenso progresivo en el promedio deseado de hijos a medida que aumentó la edad de las usuarias, pasando de 2.1 en el grupo de 10 a 19 años, a 3.1 en el de 40 a 49 años. Esto sugiere un cierto movimiento respecto al ideal de la maternidad en las diferentes generaciones, en el sentido de anhelar menor número de hijos. (Gráfica 5. Tabla 59. ANEXO)



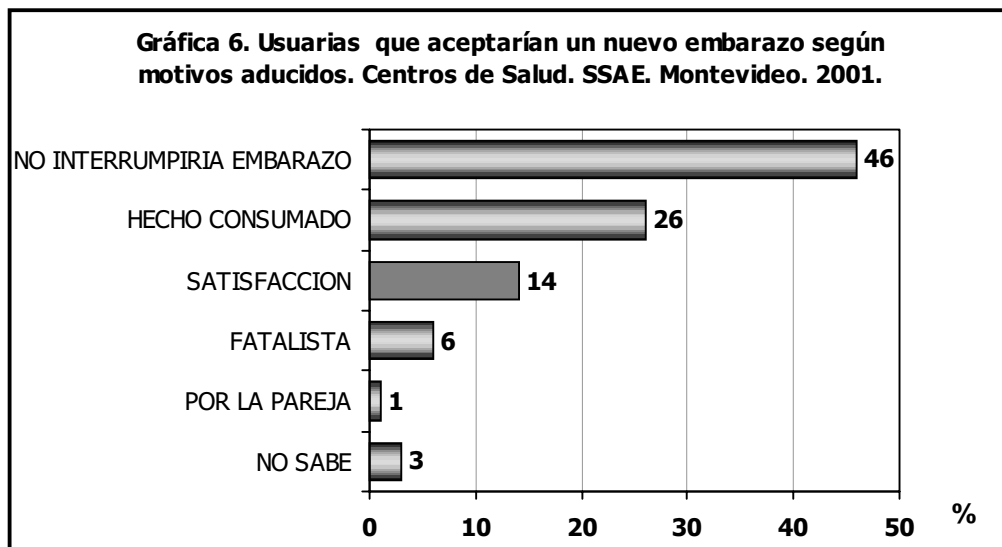
Sin embargo, el 45% de las mujeres encuestadas afirmó desear tener más hijos que los que tienen. (Tabla 60. ANEXO). Si se analiza la distribución de esta variable por grupo etario, se observa que el 71% en el grupo de 10 a 19 años desea tener más hijos, mientras que entre las de 40 a 49 años, esta proporción es del 27%. (Tabla 61. ANEXO).

El número de **hijos vivos** que tienen las mujeres encuestadas se ubicó en promedio en 1.9, aumentando de 0.6 en el grupo de 10 a 19 años, a 3.5 entre las de 40 a 49 años (Tabla 54. ANEXO).

Situadas ante un escenario de un **nuevo embarazo**, casi el 70% de las mujeres manifestaron aceptación del mismo, mientras que sólo el 6.3% explicitó que lo interrumpiría. (Tabla 83. ANEXO). Este planteo, en el plano del discurso, evidencia una naturalización de la maternidad; pero las mujeres, en los hechos, promedialmente “se permiten” tener hasta 2 hijos como recién lo mencionáramos. ¿Han tenido estas mujeres, en promedio solamente dos embarazos en su vida, como se plantea en sus respuestas? ¿Cómo han resuelto la anticoncepción en un sistema público de salud que hasta hace poco tiempo no incluía los métodos anticonceptivos en su canasta básica de prestaciones?. Sin olvidar la existencia de servicios de anticoncepción que vienen funcionando desde hace algunos años en el país (PAIM, AUPF) cabe preguntarse en qué grado ha sido el aborto inducido el que ha logrado este número promedio de hijos, y no aparece enunciado por las mujeres en el contexto de la encuesta, debido al temor a la sanción social por las condiciones de ilegalidad y penalización.

Entre las que afirmaron que aceptarían el nuevo embarazo, las causas aducidas pueden organizarse en tres grandes grupos: no considera interrumpir embarazo (45.8%), la satisfacción por el

nuevo embarazo (14.4%), y la aceptación fáctica (32%), que incluye las mujeres que plantean una aceptación ante el hecho consumado y la aceptación fatalista de la realidad. (Gráfica 6. Tabla 84 ANEXO).



Lo que presentamos como categoría de causa aducida **como no interrumpiría embarazo** en las encuestas apareció como un conjunto muy diverso de respuestas que incluían desde preceptos religiosos, en muchos casos marcadas por la ambivalencia, hasta el temor a morir por las condiciones de inseguridad en que los abortos se realizan en el país (en particular aquellas prácticas a las que pueden acceder las mujeres de menores recursos económicos).

Algunas respuestas de las entrevistas a usuarias lo ilustran con claridad:

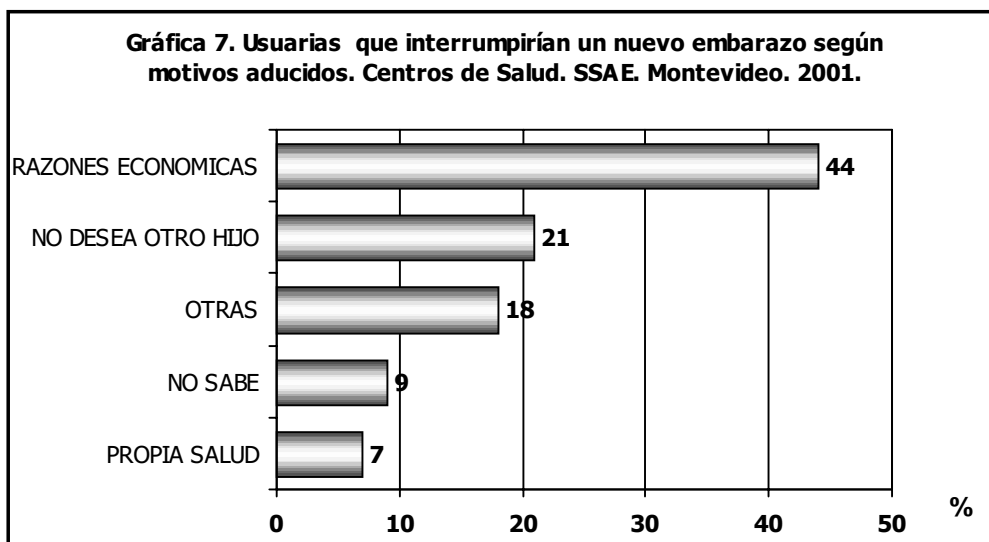
“...Sobre el aborto, yo no estoy de acuerdo...uno siente en la tele de abortos mal hechos, provocando muertes que uno piensa que en algunos casos tendría que ser legalizado o mismo cuando hay riesgo de vida... pero si uno es joven, no, en esos casos tendría que existir más atención”. “Yo pienso que estaría bien legalizar, que si la gente se quiere hacer un aborto se lo pueda hacer... porque igual el aborto se hace... muchos se hacen mal... se corren riesgos de vida”.

“Seguro, se hacen muchos abortos, se hacen mal, porque como están haciéndose todo a escondidas, a veces sale mal, se corren riesgos de vida, que si fuera legal capaz que no se correría tanto riesgo de vida. Y ta, y yo qué se!, capaz que el Clínicas, Salud Pública, las controle y entonces al tener un control de Salud Pública de higiene, de gente que esté preparada para hacer un aborto, bueno sería diferente. Hoy por hoy capaz que cualquier loco o loca, es un decir, cualquier persona te agarra y te cobra y no sabés claro, estás arriesgando tu vida al divino botón.”

“Yo creo que no, no sé, depende de cómo sea la persona, está en el carácter de cada uno. Así tu elegís para tener un hijo, tu podés elegir para no tenerlos. Yo pienso que hay veces que se hacen ecografías, que yo estoy totalmente en desacuerdo. Que si un médico ve que un niño viene mal porque va a nacer

mongólico como hay muchos. Que ellos a veces se dan cuenta y te lo dejan tener. ¿Para qué te los dejan tener? Tendrían realmente que hacerlos abortar ellos mismos. Traer un hijo al mundo mongólico o que le falte un brazo o problemas de malformación, en esos casos también estoy totalmente de acuerdo en que le digan a la madre: señora usted tiene este problema, el niño ya viene así, así o así, cuando son casos graves, no?. Mire yo estoy viendo en una ecografía esto, esto y esto. Ellos ya mismo le tendrían que hacerle el aborto directamente.”

“Y hoy por hoy, casi siempre las madres se hacen ecografías, y a veces los médicos no lo dicen, porque hay médicos que no están de acuerdo con el aborto. Que dicen que toda persona tiene derecho a la vida. Pero a la vida bien se supone, no a la vida para sufrir, y pa’ que sufra toda la familia.”



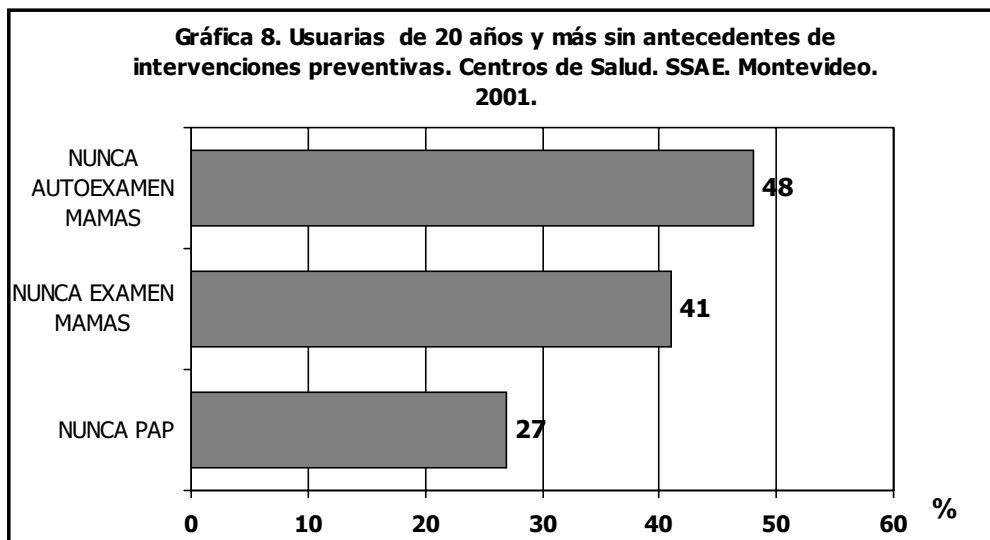
Entre las que afirmaron que **interrumpirían su embarazo**, los motivos económicos ocuparon el primer lugar (44%), seguidos por el deseo de no tener otro hijo (20%). (Gráfica 7. Tabla 85 ANEXO). Esto se evidenció en las entrevistas a usuarias:

“me gustaría tener no muchos hijos, dos, tres...por la situación económica del país”.

“también está el tema económico verdad?, se hace difícil criar a los chiquilines. Ellos piden, ellos desean cosas como todo el mundo, a veces uno tiene plata y a veces no. Y bueno, para tener hijos y tenerlos mal prefiero no tenerlos. Tener dos y tener bien, correlativamente bien.”

En cuanto a las prácticas de las encuestadas respecto a sus **hábitos y actitudes referidos a medidas de prevención**, se destacan en las **mayores de 20 años**, algunos elementos que cobran particular interés desde la perspectiva de Salud Pública, (Gráfica 8. Tablas 94-99. ANEXO):

- El 26.5% manifestó no haberse realizado nunca un Papanicolaou.
- Al 40.7% nunca le hicieron un examen de mamas.
- El 48.2% nunca se hizo un autoexamen de mamas.



En cuanto a **las explicaciones que esbozan las mujeres** ante esta realidad (Tablas 100 a 102. ANEXO), aparecen respuestas que podrían agruparse como vinculadas a la *postergación personal* en una proporción que oscila entre el 27% y el 32%. Esto evoca otras postergaciones ilustradas por los motivos referidos para interrumpir los estudios, tales como necesidad de trabajar (28%) y la maternidad (11%) (Tabla 4. ANEXO).

El hecho de “postergarse” en planos como la educación, la salud y el cuidado de su cuerpo, pensamos responde a una concepción de sí mismas en tanto *ser para otros* (hijos, esposo, padres), en detrimento de una concepción de *ser para sí* (como mujer-persona, sujeto de derechos).

El *miedo a realizarse estudios preventivos* tales como el Papanicolaou (43%), el examen de mamas (13%) y el autoexamen de mamas (15%), traduce también una ajenidad a estas prácticas que no están integradas a su vida, a diferencia de la maternidad que sí está naturalizada y jerarquizada desde el momento que el 90% ha tenido la experiencia del embarazo. “*La maternidad es la cosa más linda que hay*”, “*es uno de los privilegios de la mujer*” dicen las usuarias en las entrevistas.

En referencia a las prácticas de prevención del cáncer de mama, la “desinformación” aparece como causa aducida entre el 20 y 30% de las mujeres. Esta percepción de las usuarias de que el sistema de salud “no informa”, seguramente contribuye a reforzar el modelo de *mujer=madre*, máxime cuando los cuidados del embarazo son, en general, un centro de la atención indiscutido y explícito de los equipos de salud.

Parte de esta explicitación se pudo recoger en la observación de los Centros en lo que respecta a los contenidos de la escasa Cartelería y Folletería disponible, generalmente referidos a temáticas concernientes a la maternidad, la lactancia, el cuidado y control del embarazo, etc.

5.3.1.2. Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as.

En el análisis del material recogido a través de las entrevistas con directores/as y técnicos/as de los Centros de Salud, no se evidencian diferencias sustantivas en el enfoque predominante en ambos actores. Por tal razón, el análisis de este punto se apoya en el discurso de ambos.

- Los Centros de Salud Pública surgieron como una estrategia en el Primer Nivel asistencial siendo uno de sus objetivos principales el desarrollo de la atención materno infantil.²⁹ La valoración del “binomio madre – hijo” y el rol de la madre como pilar del cuidado en la salud infantil y en el descenso de la mortalidad infantil, fue el supuesto que sostuvo esta propuesta. El desarrollo del enfoque de la salud reproductiva, con el énfasis puesto en los derechos y en la salud de la mujer, introduce líneas de conflicto en las concepciones anteriores y en su hegemonía. **El modelo materno infantil hegemónico en la concepción y en las prácticas de los Centros de Salud, ha sido internalizado y naturalizado por el personal y por las usuarias**, condicionando de esta forma tanto el tipo de demandas de la población, como la capacidad de escucha y decodificación de la misma desde el lugar profesional. Si el Centro es materno infantil, se centra en lo materno infantil, y reedita en su dinámica lo que es el núcleo de su identidad: se vincula con la población desde una postura “maternal” que tiende a infantilizar a los/as usuarias. Esto deriva en prácticas asistenciales en lo sanitario y de corte asistencialista desde una perspectiva social, alejándose así de un enfoque de la población usuaria como sujetos de derechos y con capacidad para ejercer su autonomía en tanto ciudadanos, constructores y decisores de su salud, su vida y su historia.

“Lo importante es el control de la embarazada y el bebe. Dejando, como secundario otros campos de la salud reproductiva” (Dirección, Centro de Salud)

“Yo voy a los asentamientos y veo a las chiquilinas con dos o tres hijos y disculpame la expresión, no saben limpiarse la nariz. Pucha, y no ha llegado nadie a decirle esto se hace así, esto es un método anticonceptivo. Pero bueno, nos encontramos con esta zona con niños que recorren los tachos de basura. Y uno se pregunta, ¿que voy a dar acá?. ¿Anticoncepción? ¿O envió a la nutricionista?” (Dirección, Centro de Salud)

“Sin duda es un paradigma que se mantiene y que está en nosotros. ¿Cambiarlo?. Yo creo que como profesionales jóvenes esto tendría que cambiar. Lo que sí también creo es el tiempo que un ginecólogo o el equipo de ginecología le brinda a las usuarias no es suficiente para... yo pienso que hay que cambiar un poco la mente del profesional pero también de la usuaria, que todo lo que reclame la usuaria vamos a buscar respuesta de alguna manera, sí, hay una complicidad entre la usuaria que no reclama y nosotros, en la vorágine de lo asistencial y de lo materno infantil, no le prestamos atención. Creo que ahí es cuando la cosa no marcha. Pero que si movilizamos las dos partes en esa demanda insistente, vamos a buscar la respuesta sí o sí.” (Dirección, Centro de Salud)

“No, para nada son excluyentes. La tendencia del Centro de Salud es a abarcar más áreas de trabajo: los adultos con patología crónica, el campo de la salud mental. De a poquito los Centros de Salud han incorporado otras áreas, no sólo dar cabida a algunas demandas. Lo mismo el tema de la salud sexual y reproductiva. De a poquito se ha ampliado el abanico.” (Dirección, Centro de Salud)

²⁹ Documento MSP

“Que los técnicos y los colaboradores tengan una preocupación por aspectos que hasta ahora no consideraban más allá del estado de embarazo. Éramos Programa Materno Infantil, empezaban a existir cuando estaba embarazada. Existía sólo el aspecto reproductivo.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Bueno, yo que soy personal viejo en la salud, como que para nosotros no fue mayor cambio, ya que nosotros teníamos incorporado ya desde hace muchísimos años el programa Materno Infantil. Pero de todos modos esto significa un vuelco porque realmente se ha pensado desde otro punto de vista. La mujer – madre, ya categorizada en ese rol de madre, sino la mujer vista desde distintos puntos de vista, no solamente su rol madre sino su rol en la sociedad, de su rol en el trabajo, de su rol como mujer. Tienen sus distintos problemas y sus distintos sentimientos. Eso es fundamental”. (Técnico Profesional, Centro de Salud)

- **Se observa que los conceptos de salud integral de la mujer, salud reproductiva y planificación familiar operan como sinónimos** en algunos de los entrevistados/as tanto técnicos como directores. En el análisis de los enunciados del Programa SIM, la planificación familiar es uno de sus componentes. Se plantea en el Documento de propuesta de creación del Programa, bajo el subtítulo Consideraciones Generales: “el Dpto. Técnico del SSAE considera que las actividades de planificación familiar, deberían integrarse desde una Perspectiva Programática orientada a la Salud Integral, Sexual y Reproductiva, gestionada internamente en el SSAE y ejecutada por sus Centros de Salud y otros actores de la comunidad.” A pesar de ello, y que en sus objetivos específicos el Documento señala diversos tópicos como aspectos centrales de la salud integral de la mujer, parecería que, especialmente desde los/as técnicos, se asimila el concepto de planificación familiar con el concepto de salud integral. En tanto el resto de las actividades que incluye el Programa (control del embarazo y puerperio, detección oportuna de cáncer génito – mamario, detección de ETS) se realizaban con anterioridad a su creación, la planificación familiar es recibida como la única novedad del Programa. No se visualiza que el Programa SIM **propone UN CAMBIO DE PARADIGMA** en la concepción de la salud de las mujeres, integrando las acciones de salud materna al mismo. Sin embargo, y consideramos que en este punto radica uno de los principales nudos en la implementación del SIM, éste **esboza embrionariamente** un cambio en el MODELO DE ATENCION (funcionamiento en equipos interdisciplinarios, acciones educativas dirigidas a las mujeres, por ejemplo).

Este punto referido a la salud reproductiva reducida a la planificación familiar, es también referida en el estudio de Vernon y Palma (1998) cuando en una encuesta aplicada a prestadores/as de los servicios de salud y usuarias, realizada en México sobre la Salud Sexual y Reproductiva, los autores afirman: “ante la pregunta abierta formulada a los prestadores de salud “¿qué quiere decir salud reproductiva?”, solamente una tercera parte entendieron perfectamente el significado del término, otra tercera parte tenía una comprensión parcial y finalmente la última tercera parte equiparaba el término con el de Planificación Familiar.”

“Hay dos ginecólogas. Una que es la que está integrada, y otra ginecóloga que prácticamente no quiso integrarse. Ella a veces hace alguna receta pero no se integra al SIM, hace la parte de ginecología y obstetricia mientras yo hago anticoncepción.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Ahí está, justamente como en todas las cosas nuevas, al principio eran muy poco... las usuarias, pero después prácticamente sí, incluso ya tenemos nosotros un sistema de atención que es un día especial para

ese Programa y este..., primero se les da una educación, se les da una explicación de qué es cada método y ellas son las que deciden qué método usar. El porcentaje de pacientes es cada vez más.” (Técnico Profesional, Centro de Salud).

- **La Salud Reproductiva es referida como una actividad nueva que se suma o se agrega a las que el Centro de Salud desarrolla.** No implica pues una revisión de las acciones producto de un cambio de enfoque sino una ampliación de la oferta de servicios que no cuestiona el modelo anterior. Esta perspectiva, genera una sensación de mayor esfuerzo para todo el personal, y de las capacidades del Centro para llevarla a cabo. La percepción es entonces, que se agrega un servicio de planificación familiar que no existía previamente y que implica una nueva tarea para los/as técnicos de los Centros. No hay una confrontación, en la reflexión, con el modelo materno infantil hegemónico que se desarrolla en los Centros de Salud. La incorporación de una nueva tarea es vivida como un “peligro” para el buen desarrollo de lo materno infantil. A más tarea, a mayor distribución y dispersión de las horas de trabajo, se restaría atención a lo materno infantil. En tal sentido, se registra una sensación de temor a la pérdida de un logro muy importante de los Centros (y del país). Desde esta concepción, lo que se visualiza son necesidades prácticas de las mujeres (acceso a métodos anticonceptivos), pero no se identifica que la salud reproductiva en tanto paradigma, se apoya en la identificación y propuesta de necesidades estratégicas de género, que contribuya a superar situaciones de inequidad y discriminación.

“Seguimos manteniendo lo materno infantil pero hemos tenido que agregar otras cosas de necesidad. Creo que la salud reproductiva y la atención integral de las mujeres es una necesidad altamente pedida por todos desde hace mucho tiempo: por las usuarias, por los técnicos. (...) Si a mi me dijeran: estamos atendiendo mal a las embarazadas, pero ese no es el tema. Estamos agregando un servicio con la salud reproductiva. Yo creo que la atención a la Salud Reproductiva no nos saca tiempo a la atención a la embarazada.” (Dirección, Centro de Salud)

“En una reunión que tuvimos con un consultor del FNUAP uno de nuestros ginecólogos planteó su queja acerca de cómo habían cambiado los Centros de Salud, que eran tan maravillosos como centros materno infantiles, y que ahora nos estamos preocupando por otros temas” (Dirección, Centro de Salud)

“En el mismo horario que ginecología, parteras, se ha agregado una demanda más, que obliga a hacer las cosas más rápidamente o a postergar otras cosas.” (Dirección, Centro de Salud)

- **La planificación familiar es referida como un punto conflictivo**, que ameritó de parte de un grupo de técnicos, la comunicación formal a las autoridades, de un conjunto de cuestionamientos vinculados al modo de implementación de los servicios de planificación familiar, y el lineamiento institucional de su intervención en los mismos en la carga horaria contratada.. En la carta³⁰ referida se argumenta que las condiciones laborales contractuales son insuficientes para el cumplimiento de esta tarea. Por su parte, en las entrevistas señalan la sobrecarga que implica la planificación familiar para la tarea cotidiana. Por otro lado, se visualizan “conflictos de intereses” en tanto algunos técnicos brindan servicios de planificación familiar en el

³⁰ Carta dirigida a Dirección de SSAE. Marzo, 2001. Documento interno SSAE.

marco del convenio que mantiene el MSP con la institución privada AUPF, por el cual reciben una retribución económica. El cobro de los métodos anticonceptivos es también un motivo para la confusión de las mujeres, que ven coexistir dos programas en la misma institución pública. Asimismo, hay técnicos que se niegan a ofrecer el DIU a las usuarias, fundamentando que no hay condiciones sanitarias adecuadas para realizar este acto. Consideramos que coexisten razones ideológicas y socio-culturales de fondo que explican esta negativa, si bien algunos técnicos realizan planificación familiar en otros ámbitos de su práctica profesional. Cabe preguntarse cómo incide la diferencia en la retribución económica, en la determinación de las prácticas profesionales en los diferentes ámbitos.

“La consulta en anticoncepción merece un párrafo aparte. Es un programa nuevo que se suma al trabajo que ya estamos realizando con mayor carga de esfuerzo, concentración y responsabilidad, obligándonos a desplazar la consulta de captación de embarazo, de control del mismo, así como la demanda ginecológica...lo que perturbaría además el arduo trabajo de seducción y de estímulo a que este tipo de usuarias nos obliga para que controlen adecuadamente sus embarazos.” (Carta entregada a Dirección de SSAE, marzo 2001).

“No tengo pelos en la lengua, tenemos grandes dificultades con el DIU, por el tema de la remuneración. Son los ginecólogos los que no ponen el DIU. ¿A quién toman de rehén? A la usuaria.” (Dirección, Centro de Salud)

“Es bueno, con esto se le pasó a ofrecer a las usuarias dos servicios: uno con costo, muchas lo siguen manteniendo porque están muy conformes con el servicio, la doctora, la partera, entonces siguen viniendo. Y planificación prácticamente no ha bajado los procedimientos que realiza AUPFIRH. Pero la que quiere opta por SIM, que es gratuito. Se dio un pequeño choque de intereses...” (Dirección, Centro de Salud)

“Claro, aunque no manifestaron claramente “no voy a colocar DIU por tal razón”, en la práctica se ve, es notorio.” (Dirección, Centro de Salud)

5.3.2. Factores vinculados a las representaciones sobre las mujeres usuarias.

5.3.2.1. Las percepciones de las mujeres usuarias sobre sí mismas.

Las representaciones, ideas y sentimientos que las usuarias tienen sobre sí mismas, se exploraron a partir de un conjunto de preguntas, distribuidas en el formulario:

- la autopercepción al compararse con las mujeres de su misma edad,
- el vínculo que considera que tiene el Centro con ella en tanto usuaria,
- los sentimientos que le genera el vínculo con profesionales del Centro,
- las aproximaciones explicativas al rechazo que las mujeres presentan en relación a un conjunto de prácticas preventivas y de autocuidado.

En lo referente a la **autopercepción al compararse con mujeres de su misma edad**, la mayoría (85%) se siente igual o mejor; sin embargo, una de cada diez mujeres manifestó sentirse peor que sus pares. (Tabla 22. ANEXO).

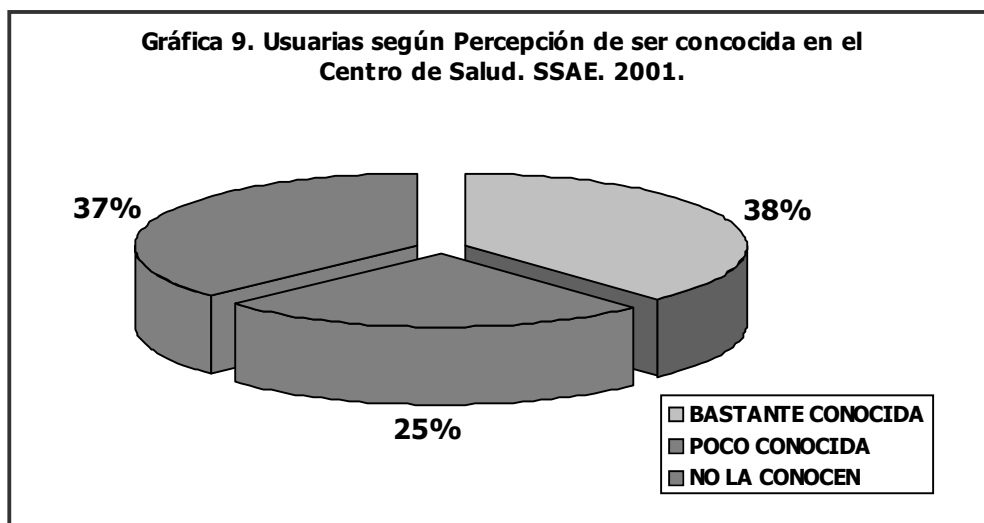
Esta autopercepción se modifica a medida que avanza la edad: en el grupo de 10 a 19 años, solo el 4.4% de las usuarias se siente peor o mucho peor que sus pares, mientras que esta percepción se eleva al 17% de las mujeres de 40 a 49 años. (Tabla 23. ANEXO).

Los sentimientos de autovaloración no mostraron diferencias significativas en función de la situación de Actividad. (Tabla 24. ANEXO).

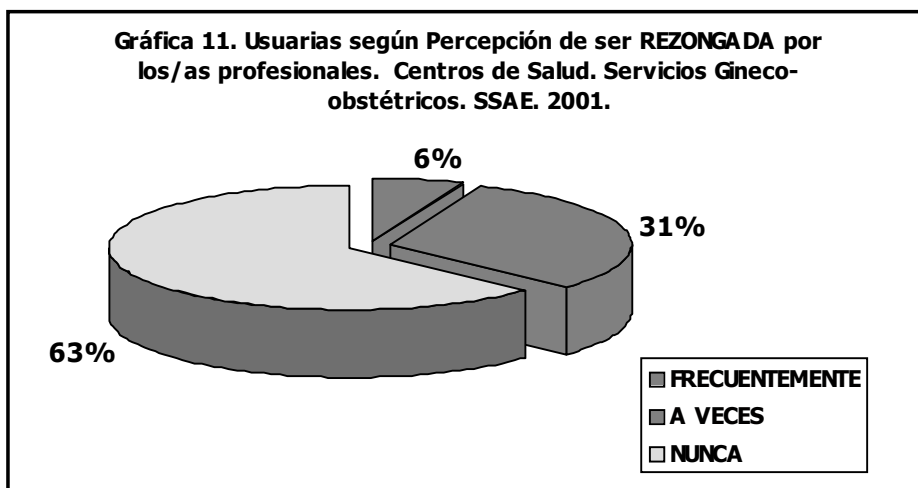
Esto también apareció en las entrevistas a usuarias, ya que las mujeres no ven las actividades fuera de la casa como un mecanismo para su realización personal:

“ Ahora, por suerte..., por desgracia quedé sin trabajo, la situación está bravísima..”

En cuanto a la **percepción de ser una persona conocida** en el Centro de Salud, más de un tercio de las usuarias (37.3%) expresó que considera que no la conocen en el servicio. (Gráfico 9. Tabla 38. ANEXO). En las observaciones realizadas en sala de espera se ratificó esta percepción tomando en cuenta que los/as técnicos y el personal no técnico del Centro no está identificado debidamente, y que la mujer tampoco está debidamente personificada sino que se la nombra genéricamente como “las madres”.



En cuanto a los **sentimientos generados en la relación con profesionales** del Centro (Gráficas 10 y 11. Tablas 43-47, ANEXO), la quinta parte de las usuarias manifestó percibir que no siempre es comprendida o valorizada. Un 6.8% expresó que en ocasiones no se ha sentido respetada. El 36.9% expresó haberse sentido rezongada por los profesionales, y entre ellas, el 6.3% manifestó que esto le ocurría frecuentemente.



Un tercio de las usuarias refirió haber experimentado sentimientos de vergüenza causado por los/las profesionales. Debemos tener en cuenta que la medicalización de los objetos de intervención en salud combina desde sus orígenes estrategias punitivas, arbitrarias y socializadoras empleando el médico/a un discurso fundamentalmente axiológico, registrándose, como vemos en nuestro estudio, en las percepciones que tienen las usuarias de su relación con los/as profesionales. *“El discurso medicalizador de carácter social puede ser reconocido por ser más fuertemente ideológico que técnico. Esto ampliamente analizado por Canguilhem (1986) en relación a objetos más tradicionalmente de intervención médica, se reproduce con mayor énfasis en el terreno social: los criterios de normalidad empleados por el saber médico en las dimensiones psicoafectivas y sociales de la reproducción humana son de naturaleza axiológica y no técnica, o cuando menos complementariamente técnica”* (Mitjavila, Echeveste, 1994)

Las **representaciones sobre sí mismas exploradas en relación a las prácticas preventivas y de autocuidado** (Cuadro 7. Tablas 100-102, ANEXO), mostraron que su no realización es atribuida mayoritariamente a sus propias debilidades o carencias: falta de tiempo, desinformación, etc. Se destaca que el 30% de las usuarias vincula la negativa a la realización de las mismas, con una serie de causas relacionadas a la *postergación personal*.

El rechazo al examen del Papanicolaou apareció fuertemente vinculado al *miedo* (43.2%). Asimismo fue la práctica preventiva más asociada al sentimiento de *vergüenza* (7%).

Llamativamente solo una proporción muy baja de usuarias (menor al 6%) advierte que las causas de la no realización de estudios preventivos como el examen de mamas y el Papanicolaou, pueden ser atribuibles a omisiones de los profesionales.

Las mujeres muestran en sus relatos que frecuentemente toman decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción, sin haber contado con información, apoyo y orientación proveniente de los servicios de salud.

Algunas de sus expresiones son:

“Decidí yo porque para mí era lo más ... eficaz, lo que no me traía complicaciones, a mí, yo ...no pedía opinión”

“La información me la dio la vida...”

“Vos sentís que en el Centro recibís atención , o sea, no sos rechazada..”

Cuadro 7. Usuarias según causas aducidas para la no realización de exámenes preventivos, por tipo de examen. Centros de Salud. Montevideo. 2001

Causa aducida para la no realización	EXÁMEN PREVENTIVO NUNCA REALIZADO		
	Papanicolaou % de mujeres que aducen cada causa	Examen de mamas % de mujeres que aducen cada causa	Autoexamen de mamas % de mujeres que aducen cada causa
Miedo	43.2	12.9	15.2
Postergación personal	27.1	31.8	30.7
Desinformación	10.5	20.9	29.6
Falta de tiempo	7.2	4.7	7.0
Vergüenza	6.9	3.5	3.5
El médico lo omite	1.9	5.4	1.3
No sabe la causa	16.2	28.0	21.4

N= 683

Las columnas no totalizan 100% porque muchas mujeres adujeron más de una causa.

5.3.2.2. Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as.

- El **modelo de mujer = madre es el predominante** en la concepción de directores y técnicos. Cuando se hace alusión a las usuarias se las identifica a partir de la función materna (“las embarazadas”, “las madres”). No hay una integración de la perspectiva de género que permita construir una visión integral, identificando y reconociendo las necesidades y demandas específicas en salud de las mujeres a lo largo de su ciclo vital. Parece ser que a pesar de que se diga “*la mujer no es sólo madre*”, podemos agregar que la misma es concebida fundamentalmente en tanto tal. Se observa en las prácticas de los Centros de Salud, la eficacia simbólica de la representación social hegemónica en torno a la maternidad como función central y legitimante del ser mujer. Al decir de A. M. Fernández (1994): “*no es lo mismo decir que para ser madre hay que ser mujer, que decir que para ser mujer hay que ser madre*”. Otras funciones que las mujeres desarrollan en la sociedad, y que generan demandas y necesidades de salud, cuando son identificadas, no son jerarquizadas en su centralidad, sino que son concebidas como asuntos “laterales”. Las “interpretaciones” sobre los significados de la maternidad para las mujeres usuarias, desde la perspectiva de los/as técnicos/as, están centradas entre otras, en la “búsqueda de status social”; en la naturalización de esta función en tanto la maternidad es considerada como un destino que se asume como mandato intergeneracional; en la imposibilidad de asumir y ejercer “adecuadamente” el rol materno debido a la situación socioeconómica y en la maternidad como una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre. Estas “interpretaciones” que realizan los/as técnicos entrevistados no reflejan un análisis de-constructivo de género que les permita comprender las realidades por las que atraviesan las mujeres, y formular otras maneras de intervención profesional incluyentes de este análisis.

“(...) el embarazo adolescente surge porque la mujer opta por el embarazo como un elemento que le da estatus y las saca de una situación límite que ha sido violada, ha sido maltratada, ha sido, bueno totalmente maltratada. ¿Verdad?. Entonces lo toma como que le da estatus! El embarazo le da estatus realmente.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Lo que pasa es que se manejan de distinta manera. En las mujeres de escasos recursos la maternidad es como una situación que pasó y tá. Tienen que llevar el embarazo adelante y no sé. Si embargo, las personas de otro tipo de recursos, como que la maternidad la planifican más, la piensan más.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“La vida de ellas circula alrededor de tener hijos, de ofrecerle a la nueva pareja que tienen, que son muchas, que cambian muy seguido, el tener un hijo es fundamental para ellas. Por eso se hace difícil de cambiar. Vivieron en ese medio, ven a sus mamás criando hijos, ellas también ayudan, por supuesto y lo único que les importa es darles un hijo a su nuevo compañero.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Están comprendidas en particular con los problemas más comunes de las mujeres. En general la mujer viene al Centro de Salud por aspectos vinculados al embarazo y por patología ginecológica. Sobre todo las mujeres adolescentes, jóvenes y no tan jóvenes. El resto de la población de las mujeres se integra más a la población general en cuanto que concurren por patologías crónicas, sobre todo. Patologías médicas y alguna especialidad, pero crónica. En la población joven se concentra más en patología ginecológica y control de embarazo.” (Dirección, Centro de Salud)

- La “mirada” de los/as técnicos sobre las mujeres usuarias de los Centros parece estar atravesada y determinada por una **ideología de clase social**. Entendiendo por tal un conjunto de valores, expectativas de vida y convicciones sobre lo correcto y lo incorrecto, que son modelados por la inserción en que cada uno se encuentra en un sistema de clases sociales. El sistema se presenta con estructura piramidal y escalonada como lo ilustra la metáfora de: “*descender para que te entiendan*”: lo diferente y diverso es “sentido” como inferior en la escala social y del conocimiento. Hay un modo de saber académico que es concebido como superior al de las mujeres usuarias. Se observa, se analiza y se actúa en relación a estas mujeres desde valoraciones diferentes a las que operan en relación a otras mujeres usuarias de servicios mutuales y/o privados de la salud, a las que los/as técnicos asisten en sus otras inserciones laborales. **Se condensan en esta “mirada”, las valoraciones de género y de clase de las cuales son portadores/as los/as técnicos**. Los atributos asignados a las mujeres usuarias están asociados a la irresponsabilidad en el ejercicio de la maternidad y en el cuidado de la salud (dejadez, abandono personal), culpabilizándolas por el crecimiento de la pobreza en el país. En tal sentido, los servicios de planificación familiar son concebidos como una estrategia de control de la reproducción de la pobreza y no como un derecho de las personas para la autodeterminación reproductiva. Las representaciones sobre la maternidad en las mujeres de sectores medios y altos son contrastantes con las que se tienen respecto a las usuarias de Salud Pública. Se observa que la pertenencia de clase, oficia de barrera para comprender los significados de la maternidad en las mujeres pobres, siendo a su vez determinante de las representaciones sobre la maternidad de las mujeres de los otros sectores.

“*El Uruguay no necesita más hijos de la pobreza.*” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“*Muchas veces es que la gente marginal, que es la que más necesita de estos programas no tiene conocimiento o no tiene acceso, porque son, por decir así, tan abandonados, que ni siquiera tienen carné de asistencia, ni la disponibilidad de horario*” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“*Sí, yo trabajo en una mutualista donde la mujer quiere su embarazo. Pero acá, con muchas mujeres que vienen por el control de su embarazo, como un rechazo ya desde el principio(...). Gente que no se ha cuidado, no ha tratado de cuidarse y muchas veces dicen que no pueden llegar hasta el Centro de Salud porque primero, tienen que anotarse, que tienen que llevar a los **chicos al colegio**³¹, chicos que cuidar en la casa(...)*” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“*Mujeres con las que tenés que descender para que te entiendan lo que le estás explicando(...). Por eso la consulta es más difícil calculo, que en el mutualismo. Vos le explicás a una mujer y te entendió, acá no, tenés que buscarle la vuelta.*” (Técnico Profesional, Centro de Salud.)

- La **inviabilidad del cambio en las condiciones de vida de las mujeres usuarias** es otro componente de las representaciones que sobre las mismas portan los/as entrevistados. Por un lado, transmiten la sensación de que las condiciones materiales, sociales y subjetivas de vida de las mujeres son inmutables y que por tanto no existen posibilidades de transformación. Las mujeres en estas situaciones son concebidas como incapaces para generar nuevas

³¹ Expresión utilizada e identificada con los sectores altos de la sociedad uruguaya.

condiciones de vida, por lo que no se las identifica como ciudadanas y sujetas de derechos. Las reacciones ante la percepción de las vulnerabilidades de la población usuaria llevan al profesional a cuestionarse su capacidad de ayuda, generando sentimientos de impotencia, y viendo imposible la transformación de la situación. No se percibe que la producción de salud es el resultante de acciones múltiples y convergentes que provienen no sólo del Centro de Salud sino también de la propia comunidad, sus redes sociales y recursos.

“Situaciones de violencia sexual con sus parejas... La vas a mandar a un psiquiatra? No. La vas a mandar a un psicólogo? No. No te podés meter mucho, porque le digo que no hay solución, lamentablemente... Esto me preocupa a mí, no sé si en otros centros de salud les preocupa esto a mis colegas o solo les preocupa que no haya óvulos” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“La violencia doméstica. Hemos tenido cursos. Ese es un tema que nos impacta realmente. A pesar de que sabemos un poco cómo dirigir la situación, como que uno queda temblando” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

- Entre las barreras para comprender la situación de las usuarias, en algunos casos aparece el **desconocimiento sobre las condiciones cotidianas de existencia** de estas mujeres, aún en técnicos que se desempeñan hace varios años en los Centros de Salud. Se construyen representaciones condicionadas por la distancia simbólica y práctica que caracteriza el vínculo con ellas. Este desconocimiento se ve reforzado fuertemente por la concepción del Centro de Salud como el “centro” desde el cual se mira a las usuarias. La concepción sobre el trabajo intramuros y extramuros da cuenta de la barrera que establece el modelo hegemónico de atención centrado en los aspectos asistenciales en detrimento de los aspectos promocionales y educativos.

“En general, a través de los años digamos que la situación social de las mujeres ha mejorado, no? Tienen mayor higiene, se visten mejor... eh... por lo menos las que concurren. Desconocemos a las que no concurren... y el nivel de embarazos que tienen, yo diría que, en general, es bastante alto para la época. Tomando en cuenta que ahora los matrimonios no pasan de dos, allá generalmente son más de dos(...) yo no veo ahora tanto embarazo muy precoz, en niñas no las veo tanto como las veía antes...”

(Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Las viviendas las desconozco. Yo, trabajo extramuros no tengo (...). Se podría decir de una clase medio –baja y con un nivel de escolaridad bastante aceptable, te diría tercer año de liceo medio. La marginal-marginal no viene.” (Técnico Profesional, Centro de Salud).

5.3.3. Factores vinculados a la conciencia y ejercicio de derechos sexuales y de derechos reproductivos.

5.3.3.1. Desde la perspectiva de las mujeres usuarias

La vinculación de la sexualidad y la reproducción al campo de los derechos de las personas, fue explorada con una serie de preguntas que enfocaron estos aspectos por aproximaciones sucesivas:

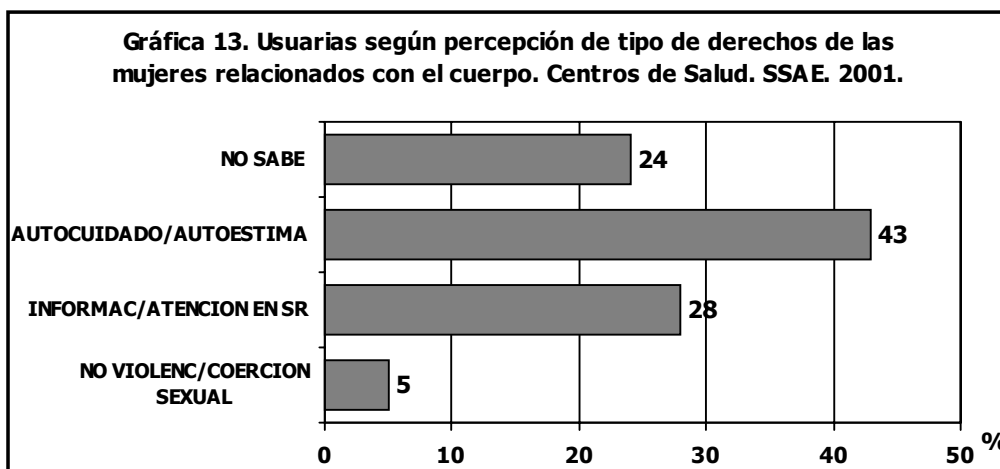
- derechos que deberían defender las mujeres en el barrio,
- derechos relacionados con el cuerpo,
- derechos relacionados a tener o no tener hijos,
- derechos vinculados a su vida sexual.

Se destaca que casi la mitad de las encuestadas ante un planteo inicial amplio, no logró identificar **derechos que las mujeres deberían defender en su entorno barrial**. (Gráfica 12. Tabla 25. ANEXO). Sin embargo un 21.2% mencionó derechos relacionados con la no violencia de género y un 11.9% reivindicó la igualdad de oportunidades. Solo un 5% situó los derechos sexuales y reproductivos en este planteo inicial.



Cuando la perspectiva de derechos fue orientada al terreno concreto de **lo vinculado al propio cuerpo**, la percepción de los mismos apareció en el 98.5% de las usuarias.

Las mujeres desplegaron un conjunto de derechos relacionados con su cuerpo entre los que el *autocuidado y la autoestima* fueron los más frecuentes (43.2%) seguidos de la mención del derecho *a la información y atención en salud reproductiva* (28.4%). Cabe destacar que el 23.7% de las usuarias no logró expresar concretamente a qué derechos hacía referencia. (Gráfica 13. Tablas 26 y 27. ANEXO).



Los derechos **referidos a tener o no tener hijos** fueron percibidos afirmativamente por el 92.2% de las encuestadas. La tercera parte identificó derechos a *la procreación y ejercicio pleno de la maternidad* (33.8%); por otro lado, el 34.3% destacó el derecho a *elegir el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos*, mientras que el 6.3% explicitó su derecho a la *no procreación*. (Tablas 28 y 29. ANEXO).

De las entrevistas a las mujeres, se recogen expresiones como éstas:

“En mi caso o sea, por una serie de circunstancias de, nunca quise tener hijos de joven, cuando era muy joven no quería tener hijos porque yo pasé mucha miseria. Mi madre tenía cinco hijos y rodaba mucho de acá para allá y para todos lados. Entonces a mí me había quedado que no quería tener hijos sin tener antes una casa, un terreno o algo en donde pueda darle algo a mis hijos. Entonces, yo me fui de mi casa cuando tenía veinte años.”

“por ejemplo yo quería tener hijos, mis hijos, y no le pregunto al hombre si lo quiere, yo no le preguntaba, si el estaba de acuerdo en tener hijos. Ahora veo todas esas cosas que antes no las veía. Yo quería tener mis hijos y punto y quería tenerlos”

Debe señalarse que el 18.4% de las usuarias no logró expresar concretamente a qué derechos hacía referencia en este campo. (Tabla 29. ANEXO). En un contexto donde una de las preocupaciones de los/as técnicos es el elevado número de hijos de estas mujeres y su no planificación, las mujeres declaran (*¿reivindican?*) su derecho a tener hijos. El análisis del material recogido en esta pregunta abierta de la encuesta, nos llevó a plantearnos que en alguna medida, la respuesta podría atribuirse al diseño de la pregunta y su sintaxis (*¿usted piensa que las mujeres tenemos derechos relacionados a tener o no tener hijos?*), que habría generado un efecto imprevisto de colocar a la usuaria en la disyuntiva de tener que elegir entre “tener o no tener hijos”. Desde esta lectura, las mujeres “eligen” (eligen tener), y sus respuestas parecen expresar una reacción ante las posturas de control socio-sanitario, dirigidas a la limitación del número de hijos de las mujeres pobres.

Los derechos **relacionados con la vida sexual** fueron identificados en menor proporción (82.7%) respecto a los campos explorados anteriormente. Asimismo, entre las que respondieron afirmativamente sobre la existencia de estos derechos, más de la cuarta parte no logró identificarlos concretamente. (Tablas 30 y 31. ANEXO).

Fueron mencionados mayoritariamente los derechos *a decidir las características y condiciones de las relaciones sexuales* (37.5%), y el *autocuidado* (9.2%).

El derecho a la *no violencia sexual* apareció en el 6.4% de los casos. Similar proporción (5.3%) alcanzó el tema de *la no violencia y coerción sexual* entre los derechos mencionados en relación al cuerpo. Estos datos encontraron un correlato en las respuestas referidas al inicio no voluntario de las relaciones sexuales, que alcanzó el 9.5% de las usuarias. (Tablas 90. ANEXO). Si bien volveremos sobre este aspecto, cabe plantearnos que la consistencia de estos porcentajes, parece evidenciar la proporción de mujeres que han experimentado la violencia sexual de un modo tal que las lleva a explicitarlo en forma de reivindicación de derechos.

En el contexto de la implementación de un Programa de SIM, estos elementos cobran particular importancia debido a su impacto en las condiciones de vida y salud de las mujeres. La violencia sexual y doméstica atenta contra derechos fundamentales y genera, como efectos, embarazos no deseados, abortos inducidos, abortos espontáneos, infecciones de transmisión sexual, y otros pro-

blemas que se despliegan en la práctica clínica (somatización ginecológica, dolor pélvico, disfunciones sexuales, alteraciones menstruales y dispareunia), en tanto síntomas que evidencian el problema de fondo de la violencia de género (Heise et. al, 2001).

En las entrevistas las mujeres refieren a las situaciones de violencia y abuso:

“..si tú te dejás golpear una vez y tenés miedo ...y no te defendés, el hombre después por cualquier cosa te maltrata.(...) no demuestres que sos débil si no, todos los días te van a descalificar..”

“Acoso, me acosa, me acosa en el trabajo; es más, ahora mismo ya pasé el proceso, pero me ronda, el anda ahí, el ronda, ahí el está. A veces yo tengo pesadillas, cierro todas las puertas, ni salgo a colgar la ropa ni nada.”

“El se fue muchas veces, se fue y volvió muchas veces (...) el agarraba, se iba y volvía cuando quería, y yo lo dejaba, porque para mí era todo..., para mí, como yo siempre viví en violencia, para mí era normal eso (...) porque yo aparte fui abusada por mi padrastro, entonces yo a mi hija siempre le enseñé, sea un maestro, sea tu tío, sea quien sea que no te toque, vos cuidate que no te anden toqueteando por acá, por allá.”

5.3.3.2.- Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as.

- En concordancia con la representación hegemónica respecto a las mujeres usuarias que hemos descripto en la categoría anterior, **no se percibe una concepción de las mujeres en tanto sujetos de derechos**. En las entrevistas se pone de manifiesto el desconocimiento de los/as técnicos y directores acerca de la terminología y la conceptualización de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en tanto derechos humanos. Esto refleja la ausencia de un marco conceptual y es consistente con la falta de desarrollo de acciones de promoción basadas en un enfoque de derechos y de empoderamiento. La mujer es concebida en tanto objeto social aislado, sin capacidad para tomar decisiones y ejercer el control sobre su propia vida.

E: *En el campo de los derechos reproductivos, ¿el Centro promueve esos derechos de las personas?*

D: (Dirección, Centro de Salud)

*“... y teníamos estructurada una forma de **darle** a las mujeres, que consistía en que el día que venían a controlarse, las controlábamos y nos quedábamos con el carné hasta que terminaba la clase, y entonces **las obligábamos** a quedarse. Y se quedaban..”* (Técnico Profesional, Centro de Salud)

- En concordancia con la visión de la Salud Reproductiva acotada a la Planificación Familiar, **el concepto de derechos reproductivos es asociado exclusivamente al acceso a métodos anticonceptivos**. Existe la convicción de que las mujeres tienen derecho a acceder a métodos anticonceptivos, pero no se observa la misma convicción respecto a que las mujeres tienen derecho a decidir en el marco de la consulta, cual método se ajusta mejor a sus **circunstancias de vida**. Situados desde una conceptualización de enfoque de riesgo biomédico, los/as profesionales no centran las intervenciones desde la perspectiva del empoderamiento de las mujeres, y por tanto del desarrollo de su capacidad para elegir y ejercer control sobre sus decisiones y sus vidas. Se decide muchas veces qué es lo mejor para las usuarias, exclusivamente desde la perspectiva del profesional. De esta forma tampoco se promueve el autocuidado. La ausencia de un lineamiento programático de incentivo a la doble protección y de la anticoncepción de emergencia, son ejemplos de ello.

“Preferiría no indicarlas ni utilizarlas (se refiere a los anticonceptivos orales), pero en algunos casos, pero bueno, en algunos casos evidentemente es una solución. Por razones de salud y para que no se acostumbren. Hay otros MAC que pueden usar con más conciencia.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Yo estoy aquí desde el 99, en este Centro de Salud, he pasado por otros. La historia de la anticoncepción era la pastilla indicada por el ginecólogo tratante, sin seguimiento de la paciente, un poco al anticonceptivo que estuviese en la farmacia, sea monofásico, trifásico o lo que sea. Es espantoso lo que estoy diciendo pero era lo que pasaba. Y muchas veces no había. Entonces se creaba una expectativa en las usuarias y no se cubría” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Sí, las asesoro. Cuando estaba en Salud Reproductiva hacía prevención de cáncer de mama y de cuello uterino. Si no se realizaban el Papanicolaou o las personas mayores de 40 años no se hacían la mamografía, al mes no le dábamos la pastilla, a la que retiraba pastillas. Tenía que venir con el Carné de la Mujer donde decía si se había hecho el Papanicolaou y la mamografía. Entonces, los exámenes de mamas los hacíamos siempre. Es decir que estábamos haciendo prevención y educación.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

- En lo que se refiere a la **interrupción voluntaria del embarazo**, y las consecuencias de su realización en condiciones inseguras en un contexto de penalización e ilegalidad, los/as técnicos dan cuenta de actitudes distintas ante esta problemática. Este punto se refuerza con la ausencia de normativas que orienten la intervención profesional en la atención pre y post – aborto. De esta forma, la intervención **queda librada a la conciencia y sensibilidad de cada profesional, y a las posibilidades internas de cada usuaria de formular una demanda de apoyo en este sentido**. La realidad del aborto inducido provocado en condiciones de riesgo se observa ubicado en el plano de las éticas individuales, y las entrevistas dan cuenta de una diversidad de posicionamientos respecto a este punto.

“Se da. Les pregunto si se hicieron alguna maniobra y me contestan que no. Dicen que se cayó de una escalera. Es una cosa que siempre dicen y no se ve nada y cuando yo hago la historia pongo niega maniobras abortivas porque después la ve el médico allá. Pero por lo general muchas, ¿eh?” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Ah, nosotras somos ajenas...” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“No, nosotros no tenemos así, como que no nos enteramos. No, no.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Las mujeres con más de un embarazo, desesperadamente te preguntan si no hay nada para hacer, te lo dicen ellas “pero no me podés dar un inyectable?” Bueno y ahí viene la consejería pre - aborto, llámale. Que tú le podés decir lo que no se tiene que hacer...” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Yo acá no me entero mucho porque acá no vienen. Alguna que otra te dice lo tengo porque no puedo acceder a otra cosa. No dicen nada. Porque a veces yo les pregunto cuando las controlo, ¿vas a venir de nuevo? Sí, sí te dicen. Y vos después ves que no vienen.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Lo comentan, sí. Incluso estando embarazadas, que no les gustaría tenerlo pero bueno, que no tienen dinero como para pagarse un aborto. Nosotros en el Centro no estamos de acuerdo con el aborto. Les pedimos que lleguen, es decir que utilicen las medidas que les ofrecemos. Pero... hay que ver cada caso aislado.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Sí, he visto yo tallos de perejil, pastillas de permanganato, toman cuanto yuyo y porquería alguien les dice. Muchas comentan, sí.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

- **La relación entre ejercicio de la sexualidad y promoción de derechos sexuales de las usuarias, es referido débilmente en el discurso de los/as entrevistados.** Los aspectos referidos a las prácticas sexuales y sus significados, parecen ser especialmente dificultosos de integrar en la consulta. En tanto la sexualidad es una dimensión central en la vida de las personas, siempre está presente aunque no se realicen acciones específicas en relación a su abordaje. Al decir de Barrán (1992), la “sociedad disciplinaria” del Uruguay del novecientos construyó mediante mecanismos de control, una actitud negadora frente a la sexualidad que la transformó al mismo tiempo (y por lo mismo) en omnipresente. Circulan y se construyen desde distintos ámbitos, discursos y significados acerca de la misma. En tal sentido, que la dimensión sexual del sujeto no esté expresamente incluida en la consulta, no significa que no se vehiculicen modelos, mandatos, prohibiciones y permisos, desde un lugar de saber científico. En tanto el/la profesional es también un sujeto sexuado tiene “...una trayectoria social, cultural y familiar específica con relación a la sexualidad, sus significados y sus prácticas. El análisis de la implicación se ofrece –una vez más– como una práctica que posibilita analizar las relaciones que el sujeto (profesional) establece con esta dimensión de su ser sujeto. La implicación (Lourau, 1990) refiere al conjunto de relaciones conscientes y no conscientes que el actor establece con su “objeto” de estudio. Por ello requiere de un análisis permanente, ya que siempre hablamos, intervenimos, pensamos, sentimos desde un lugar implicado. Por tanto es necesario saber desde qué lugar decimos lo que decimos, hacemos lo que hacemos.” (López Gómez, 2000). Será desde este proceso de reflexión personal, junto con la formación específica en este campo, que se posibilitarían mejores condiciones para el desarrollo de actitudes de escucha, descentramiento (del lugar investido de poder, de la propia historia para colocarse en el lugar del otro) e integración de la diversidad.

Algunos técnicos/as refieren que la sexualidad ingresa a la consulta habitualmente vinculada a situaciones de violencia, y si bien es escuchada, no hay un entrenamiento que permita su adecuado abordaje. Esta percepción desde el lugar técnico, se condice con lo que plantean las usuarias cuando señalan la no coerción sexual como uno de los derechos vinculados al cuerpo y la sexualidad. Asimismo, habilitar en la consulta a que asuntos relativos a la sexualidad de las usuarias tengan un espacio donde expresarse, requiere de transformar el modelo de consulta instituido en el Centro. Un tema que merece especial atención es el relativo a la **doble protección**: ésta no es referida por los/as entrevistados.

“No por ser técnicos estamos capacitados para trabajar determinados aspectos. Por ejemplo, una profesional preguntó: “yo trabajo con adolescentes embarazadas, y me pregunto cuándo debemos decirle que está en condiciones de iniciar su vida sexual?” Quien soy yo para decirle eso a una persona!!!! No tiene claro que eso no es de su incumbencia!! No tiene claro que hay cosas que no son técnicas y que eso depende de la educación personal. Eso hay que cambiarlo!! Me dejó sorprendida que preguntaran acerca de cuándo es aconsejable. No es nuestra misión. En este campo temático, a diferencia de otros, se mezclan mucho los valores personales, la propia experiencia con el lugar técnico. ¿Cómo se puede transmitir algo cuando no se está convencido?. Esto es una falla de nuestra educación. Los médicos no estamos capacitados en estos asuntos. Nosotros, desde este punto de vista, el que está más capacitado es servicio social pero el

resto del personal no lo está. Pensamos integrar más a servicio social al SIM. Muchas actividades nuestras son informativas pero no son educativas.” (Dirección, Centro de Salud)

“Yo creo que la consulta en anticoncepción o la consulta en sexualidad no puede ser hecha en dos segundos, no pueden ser las mujeres como he visto que las ven como chorizo. Tú tenés que dedicarle un tiempo hasta estar plenamente convencida de que la mujer integró lo que tú le estás diciendo.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“A mí el tipo de consulta que más me gusta es la consulta con adolescentes, cuando vienen en el inicio de las relaciones sexuales y una... está libre de prejuicios y las agarramos en el momento ideal para empezar a hablarles de sexualidad, de que se apoderen de su cuerpo, de la autoestima, de que se valoren, del hecho de usar preservativos.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

- Otro aspecto que se articula con los anteriores refiere a la **ausencia de estrategias de educación y promoción de derechos sexuales y reproductivos** que favorezcan su conocimiento, apropiación y ejercicio en las usuarias. La priorización de la estrategia asistencial, en detrimento del desarrollo de la promoción y educación en los Centros, es un elemento señalado por algunos/as técnicos entrevistados. No se ha desarrollado una estrategia de difusión del Programa SIM y sus prestaciones, no se cuenta con materiales didácticos para la promoción de derechos. Las actividades de promoción y prevención que se realizan en algunos Centros están referidas a la profilaxis del embarazo y parto, en especial con adolescentes. Incluir estrategias de promoción y educación implicaría un cambio en el modelo de atención centrado en lo asistencial hacia un modelo integral de atención de la salud.

“No hay material, no hay material para entregarle a las mujeres. Alguna puede ser que te entienda, pero no hay material escrito sobre los métodos anticonceptivos.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Promoción de salud, te lo dicen en todas las reuniones pero eso... cuando vamos a alguna propuesta y planteamos qué espacio tenemos no para la consulta sino para otra cosa, para coordinar, entonces pasa a un segundo plano. Ningún programa de atención integral puede desarrollarse si una de las tres patas fundamentales, como lo es la educación y la promoción en salud no está a la par o anticipando a lo asistencial.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Me ha cambiado la consulta. Tenía la consulta de embarazadas: psicoprofilaxis del parto, embarazo adolescente. Hay un matiz ahora: anticoncepción, patología, problemas sexuales. Cambió bastante la consulta. No sé si es por el programa o porque ha cambiado el perfil de las mujeres. Hace años que no hacíamos control. Hoy, el 50% es de control preventivo.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Que obstaculizan, la falta de información, llámale difusión hacia los programas. ¿Tu viste que en algún lado se difundiera esto? Mujeres que viven en la zona que no saben que existe esto.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Lo ideal sería hacer una entrevista personal con la paciente, es una utopía, una entrevista ideal con cada paciente, de proyectar videos y después a ejecutar el programa. Pienso que toda paciente debe tener primero una preparación para poder elegir.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

5.3.4. Factores vinculados al lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas

5.3.4.1 Desde la perspectiva de las mujeres usuarias

La influencia de los varones y su papel en lo que respecta a las ideas, decisiones y condicionamientos que experimentan las mujeres en el campo de su salud sexual y reproductiva, se exploró a través de un conjunto de preguntas que incluyeron temáticas diversas:

- Aspectos concernientes a la negociación sexual, particularmente en lo referente al uso de métodos anticonceptivos.
- Circunstancias vinculadas al inicio de las relaciones sexuales.
- Interlocutores elegidos para hablar sobre su vida sexual.
- Decisiones referidas a la maternidad.

Un aspecto destacado en el campo de la **negociación sexual** tiene que ver con el uso de preservativos (Tablas 64 a 70. ANEXO). El 70% de las usuarias afirmó no usar nunca el preservativo. Entre éstas, solo el 3.4% lo atribuyó al rechazo de la pareja, mientras que la mayoría (57.5%) explicó el no uso de condones por utilizar otros métodos anticonceptivos. Estos datos admiten lecturas o interrogantes diversas: ¿las mujeres optan por el método anticonceptivo que ellas pueden controlar, dado que los varones no se ocupan del tema? ¿las mujeres no tienen incorporada la noción de doble protección o confían en la fidelidad de sus compañeros sexuales? ¿los compañeros sexuales de estas mujeres tampoco tienen presente el autocuidado respecto de las ETS, o dan por descontada la fidelidad de sus parejas?

En el discurso de estas mujeres surge el temor a la infidelidad y la importancia de protegerse de las enfermedades. El varón está “ausente” y dejando la responsabilidad a la mujer. Ella parece tener que cuidar de los dos.

“La gente va a los médicos y le dicenbueno, estás teniendo relaciones, tomá pastillas así evitas el embarazo, pero no le dan el otro método.....y ahí es cuando se agarra sífilis, hongos...Tendría que ser doble sistema.”

“...a mi compañero no le gustaba, se lo sacaba (el preservativo)...yo nunca hablé , me doy cuenta que ese tema nunca lo tocamos..por ejemplo yo quería tener hijos y no le pregunto al hombre si lo quiere.”

“Los preservativos son esenciales cuando uno no tiene pareja estable, es lo más esencial porque no es sólo por el hecho de no quedar embarazada sino también por todas las enfermedades que hay hoy en día. Porque el DIU te previene, ta, de no quedar embarazada, pero de agarrarte enfermedades o cosas no. Ta, o sea cuando en el matrimonio uno tiene pareja estable y eso, ta, como que es relativo usar o no.”

Por otro lado, se observa que la frecuencia de uso del preservativo varía según la situación de pareja de la usuaria: la práctica de usar siempre condones fue más frecuente en las solteras (31%) respecto de las otras situaciones de pareja, sobre todo casadas (19%).

Entre las que respondieron que siempre usan condones (23%), casi el 90% lo explicó en relación a evitar embarazos, y aproximadamente el 64% lo relacionó a la protección de ETS. Según el 15% de las usuarias, la práctica del estricto uso de preservativos fue explicado por el temor de los varones al SIDA.

Ante una imaginaria situación de tener que *resolver el conflicto* de que la mujer desea usar preservativos y el varón los rechaza, el 54% de las usuarias afirmó que la situación se resolvería en el sentido de no mantener relaciones, si bien el 15% admitió la imposición de los criterios del varón.

Cuando el conflicto se plantea referido a la elección de métodos anticonceptivos en general (Tabla 80. ANEXO), sólo el 2.5% admitió la imposición de la opinión de la pareja, mientras que el 3.2% admitió resolverlo a espaldas del varón, y la mayoría (62%) afirmó que ella misma es la que hace predominar su criterio. Es de destacar que un 12% mencionó la búsqueda de asesoramiento, abriendo un espacio para que el equipo de salud pueda hacer sus aportes técnicos que contribuyan a solucionar las dificultades de la pareja.

Más allá de lo que respondieron las usuarias ante una situación imaginaria de conflicto, en este terreno del discernimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, los varones fueron identificados por las mujeres como los principales partícipes (48%) en la elección del método (Tablas 78. ANEXO). También aquí surgió un espacio para el equipo de salud en el 36% de los casos, en que estas decisiones aparecieron vinculadas a la opinión de los/as profesionales.

Debe destacarse que en el 31% de los casos, las decisiones referidas a la anticoncepción recayeron exclusivamente en la mujer, ya que sus compañeros sexuales se han abstenido de opinar. (Tablas 79. ANEXO)

Otro aspecto que nos permitió aproximarnos a la influencia de los varones sobre las decisiones de las mujeres en lo concerniente a su vida sexual y reproductiva, se pudo analizar a partir de las respuestas de las encuestadas referidas a algunas **características del inicio de sus relaciones sexuales**. (Tablas 88 a 91. ANEXO).

El 42% de las mujeres planteó que hubiera deseado comenzar sus relaciones sexuales más tardíamente. El promedio de la edad de inicio de las relaciones sexuales se ubicó en los 16.8 años (Tabla 86. ANEXO), mientras la edad promedio deseado fue de 18.4 años (Tabla 87. ANEXO).

Si focalizamos la atención en las adolescentes encuestadas (de 19 años o menos) este fenómeno se acentúa, llegando al 60% la proporción de mujeres que desearían haber comenzado sus relaciones sexuales más tarde de lo que lo hicieron.

Es posible plantearse que si las mujeres expresan que, vistos los hechos en forma retrospectiva, iniciaron sus relaciones sexuales en forma más precoz que la que hubieran deseado, puede ser debido a que incidió, en su momento, el deseo de un otro: el compañero sexual, la incidencia del grupo de pares. En tal sentido, adentrándonos en el campo de la violencia sexual, casi una de cada 10 mujeres manifestó que su inicio sexual no fue voluntario. Si analizamos este indicador en las adolescentes, observamos que se ubica en el 5.9%.

El papel de los varones también surgió en tanto **interlocutores de las mujeres en temas relacionados con su vida sexual** (Tabla 92. ANEXO). A este respecto, el 32% de las usuarias identificó a su pareja como la persona con quien habla sobre asuntos relacionados a su sexualidad.

Finalmente cabe señalar que ante la hipotética situación de un nuevo embarazo, el 1.4% de las mujeres manifestó que lo aceptaría para complacer a su pareja (Tabla 84. ANEXO).

5.3.4.2 Desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as.

- En las entrevistas a directores/as y técnicos/as se indagó sobre las ideas y percepciones que tienen sobre los varones en calidad de parejas de las mujeres usuarias, así como sobre las acciones del Centro de Salud dirigidas específicamente al campo de la salud reproductiva de los varones. Ante las preguntas que focalizaban estos tópicos, se observó una actitud de desconcierto en los/as entrevistados/as. El análisis de las entrevistas permite afirmar que **este campo no está visible en la consideración del Centro de Salud**, de allí la sorpresa y los silencios ante la pregunta. Esta invisibilidad del papel del Centro de Salud en relación a la salud y los derechos reproductivos de los varones, se condice con una **visión restrictiva de la salud reproductiva y la anticoncepción como campos asociados exclusivamente a la salud de la mujer**.

E – *El Centro, ¿realiza acciones dirigidas a la Salud Reproductiva de los varones?*

D – “...” (Dirección, Centro de Salud)

“En cuanto al varón es una población que no existe para nosotros. No sabemos donde está. Es todo un tema...” (Dirección, Centro de Salud)

“La mujer tiene más conciencia de su salud reproductiva, el hombre no le da importancia. Adolescente, joven o adulto.... Acá vos ves que la mujer tiene el gancho de lo obstétrico, del hijo, de la pediatría. El varón creo que no tiene gancho, ¿no?” (Dirección, Centro de Salud)

- **La inexistencia de acciones dirigidas desde el Centro de Salud hacia la salud reproductiva de la población masculina**, apoyado esto en el modelo materno infantil hegemónico, se constata a su vez en los resultados de las observaciones de los Centros. Al respecto, las observaciones muestran la ausencia de varones en las salas de espera, y la presencia de un número significativo de varones fuera del Centro de Salud “esperando a las madres”. Cuando algunos varones se acercan a consultar en los servicios del Programa SIM, se genera una suerte de novedad en el funcionamiento de la sala de espera (la presencia de un varón en un “universo femenino”). La excepcionalidad de la situación del varón consultante, se reafirma con la inexistencia de pautas e instrumentos de registro específico para la consulta masculina que permitiera avanzar más allá de registrar el nombre de la usuaria que “manda” a su pareja a retirar las pastillas o los preservativos. Los varones, en su inmensa mayoría, no acceden al consultorio, son atendidos en la puerta. Desde algunos técnicos/as que muestran sensibilización hacia esta problemática, se observa una concepción acerca del papel del varón en tanto acompañante de las decisiones reproductivas de las mujeres.

En una entrevista realizada en las horas de la mañana, ante la pregunta acerca de por qué hay tantos varones fuera del Centro de Salud, se responde: *“Son los padres, esposos, también son gente que viene por tratamientos, a acompañar a sus hijos, o a consultar ellos también, si bien la consulta de Medicina General es de tarde por falta de espacio.”* (Dirección, Centro de Salud)

“Son muy pocos los hombres que acompañan a la mujer... y menos aún los que entran a la consulta. No sé si habrá mucha timidez en eso, porque hay hombres que acompañan a las mujeres pero no entran jamás No se los invita. No, no... no sé muy bien porque yo estoy sentado detrás de un escritorio y es la partera la que sale a llamar, ¿no?. Hay hombres que piden para entrar, pero son los menos.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“No, te golpean la puerta. Mirá si van a quedarse afuera esperando (ríe). Te golpean la puerta o muchas veces vienen con el carné de la mujer... “me mandó mi señora” y ahí te piden los preservativos. Pero no, si yo veo un hombre que está parado afuera, en la sala de espera, lo hago pasar y si hay un hombre sentado ahí (ríe) es porque algo pasa.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

- Algunos/as técnicos y directores/as describen **las relaciones de dominio de los varones sobre sus parejas**, constatadas tanto en la imposición de tener hijos propios, así como en la prohibición del uso de métodos anticonceptivos. Esto se condice con los resultados de la encuesta y de las entrevistas a usuarias en este tópico. En las entrevistas las mujeres relatan situaciones de abuso y violencia conyugal, y el efecto de estas situaciones en sus historias reproductivas, así como el temor frente a la repetición de las mismas en la vida de sus hijas.

“Sí, algunas dicen “mi marido no quiere que me ponga el DIU” (Técnico Profesional, Centro de Salud).

“... incluso tengo pacientes que me dicen “yo no voy a tomar anticonceptivos, porque mi marido no quiere”. Y con el DIU también muchísimo” (Técnico Profesional, Centro de Salud).

5.3.5 Factores vinculados al modelo de atención: aspectos funcionales y operativos del Programa y los servicios.

5.3.5.1. Desde la perspectiva de las mujeres usuarias

En esta categoría se incluyen aspectos relevados en relación al funcionamiento del Centro de Salud en general, y a los servicios gineco-obstétricos en particular, incluidos en el Programa de Salud Integral de la Mujer.

En relación a **concurrir a la consulta y no ser atendida** (Tabla 33. ANEXO), es una experiencia que ha transitado la tercera parte de las usuarias, referida por el 30% como ocasional y por el 6% como frecuente.

La **responsabilidad** por estos hechos fue atribuida por la mayoría de las mujeres al personal administrativo (34%) y a los/as profesionales (24%).(Tabla 34. ANEXO)

En cuanto al **tiempo transcurrido** entre la solicitud y el acceso a la consulta en el Centro de Salud, el 23% de las usuarias manifestó que han sido atendidas el mismo día, y el 30% dentro de los 3 días siguientes.

La **media de días de espera** fue de 9 días, la mediana de 3 días y el D.S. de 13 días.

Casi el 80% de las usuarias no ha percibido **manifestaciones de destrato** dentro de los servicios. Sin embargo, el 18% refirió haberlo padecido ocasionalmente y el 2.4% afirmó que ello fue algo frecuente. (Tabla 35. ANEXO).

Según las encuestadas que recordaron episodios de destrato (150 casos), éste fue descripto mayoritariamente como “mala atención”. Le siguieron otras modalidades señaladas como “no resolución de problemas” (10%) y percepción de malpraxis” (3.3%). La “mala atención” fue asignada a la Recepción en el 35% de estas usuarias, 18% a otros funcionarios, 16% a los profesionales y 13% a los Servicios de Emergencia. (Tabla 36. ANEXO).

En relación a los servicios gineco-obstétricos las dos terceras partes de las usuarias habían registrado por lo menos una consulta en los últimos dos años (459 mujeres).

Entre ellas, alrededor del 60% expresaron **preferir relacionarse** con el/la **ginecólogo**, debido a una sensación de buen vínculo y una mejor capacidad de escucha. Las **parteras** fueron preferidas por la cuarta parte de las usuarias. (Tablas 40-41. ANEXO)

En cuanto a la **calidad de la comunicación** con los/as profesionales la mayoría (71%) afirmaron que era buena; sin embargo la tercera parte la ubicó como regular (20%) o deficiente (9%). Esta variable se operacionalizó en el formulario preguntándole a las usuarias “*Ud. cree que los profesionales le hablan claro o le hablan en difícil?*”. (Tabla 42. ANEXO)

Una variable de calidad de los servicios que se exploró en la encuesta, fueron las **alteraciones a la privacidad** durante la consulta. Esto encontró en las encuestadas dos expresiones:

- la irrupción de terceros en el ámbito del consultorio, que fue identificada por la tercera parte de las mujeres, que lo consignaron como ocasional (27%) o frecuente (6%). (Tabla 48. ANEXO),
- el déficit de aislamiento acústico, que fue señalado por 1 de cada 5 usuarias, y percibido como frecuente por el 9% y ocasional por el 12%. (Tabla 49. ANEXO).

Estos aspectos variaron según los diferentes Centros, en función de las características edilicias y de infraestructura. (Tabla 50. ANEXO).

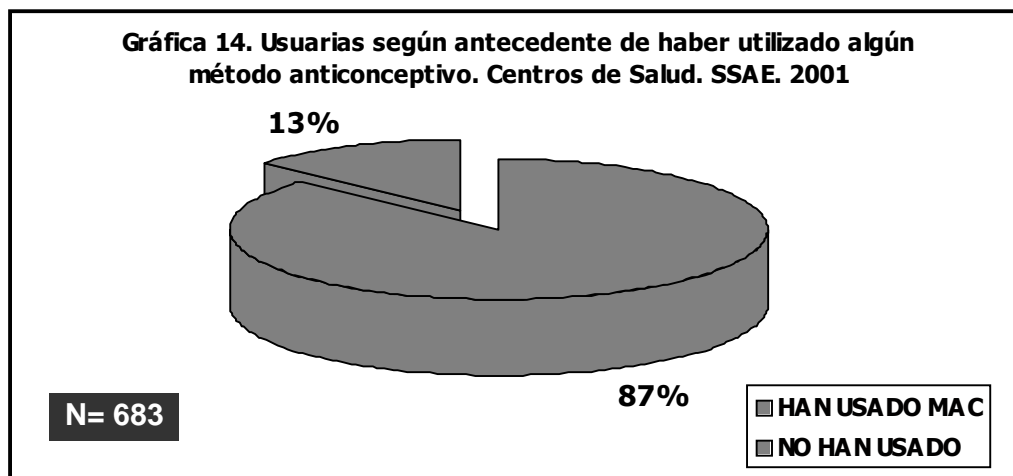
Debe señalarse, sin embargo, que las encuestas con preguntas cerradas o semiabiertas, y aplicadas en el contexto de los servicios de salud, no son el instrumento más adecuado para evaluar la satisfacción de las usuarias, ya que generalmente reportan niveles de satisfacción elevados (por encima del 70%), independientemente de la calidad de los servicios. (Pittman, 1999; Matamala, 1995) Los resultados de nuestro estudio en relación a estos aspectos, parecen enmarcarse en esta tendencia.

Conviene recordar con Matamala y cols. (1995) que: “*Un elemento importante de destacar es la expectativa con que las mujeres usuarias acuden a las instituciones de salud. En ese sentido es necesario recordar que las mujeres son construídas carentes de autoestima, discapacitadas para desear y decidir para sí mismas. En consecuencia sus expectativas tienden a ser escasas. A lo anterior se agrega el hecho que en su mayoría son pobres, circunstancia que las convierte en doblemente no deseantes (...) esperan que se las atienda, que no se les rechace, y que no se las maltrate. Por consiguiente es preciso reiterar que cuando se evalúa calidad de la atención a partir del grado de satisfacción de las usuarias, habrá que tener en cuenta lo anterior para evitar caer en autocomplacencias institucionales*”.

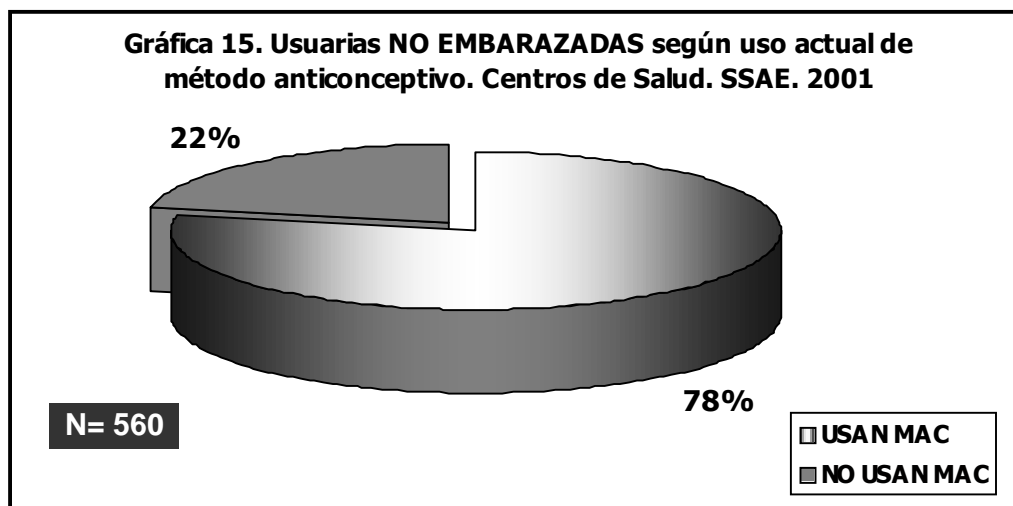
Resulta interesante analizar la utilización efectiva que han realizado o no las usuarias, de ciertos servicios previstos en los objetivos del Programa SIM.

El 87% de las entrevistadas manifestó haber utilizado anteriormente algún método anticonceptivo. (Gráfica 14 Tabla 71. ANEXO). El 78% de las usuarias que no estaban embarazadas en el momento de la encuesta (80%), manifestaron **estar usando algún método anticonceptivo**. (Gráfica 15. Tabla 74. ANEXO).

Gráfica 14. Usuarías según antecedente de haber utilizado algún método anticonceptivo. Centros de Salud. SSAE. 2001



Gráfica 15. Usuarías NO EMBARAZADAS según uso actual de método anticonceptivo. Centros de Salud. SSAE. 2001



Entre las causas aducidas para el no uso de métodos anticonceptivos, la más frecuente fue la abstinencia sexual (61.5%), seguida de la infertilidad (9%), y el deseo de embarazarse (8.2%). Solo un 4% de las encuestadas explicitó algún tipo de inaccesibilidad (cultural, económica, administrativa, etc.) a los métodos. (Tabla 75. ANEXO).

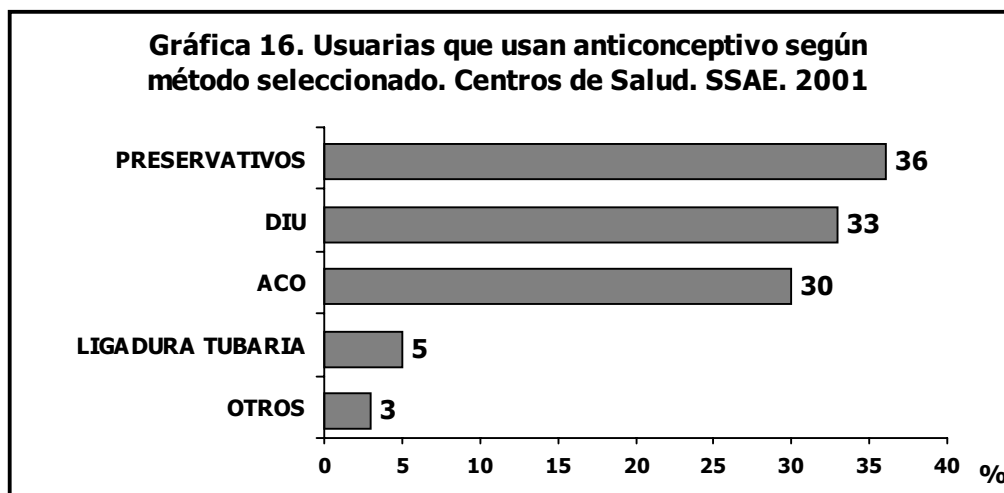
Sin embargo, aproximadamente el 45% de las mujeres, manifestaron desconocer que en el Centro de Salud podían **obtener gratuitamente** métodos anticonceptivos, lo cual evidencia dificultades en la difusión de estos servicios entre la población. (Tabla 81. ANEXO). Este indicador mostró variaciones en los diferentes Centros, poniendo de manifiesto las diversas dinámicas que se han generado en los servicios en torno al Programa SIM. (Tabla 82. ANEXO).

En las entrevistas algunas usuarias resaltaron la gratuidad de los métodos anticonceptivos:

“Claro, claro, porque acá nomás o sea no es como por ejemplo como en el Pereyra, sé que ahora hay que pagar para planificación, acá no se paga nada. No es decir bueno no tengo la plata para cuidarme o para ponerme el DIU o lo que sea. O sea acá yo, por ejemplo, hace años que me atienden acá, buena atención y no hay que pagar nada.”

Entre las mujeres que en el momento de ser encuestadas usaban métodos anticonceptivos, la **preferencia** en relación a los mismos se distribuyó aproximadamente en tres partes iguales entre preservativos (36%), Dispositivos Intrauterinos (DIU) (33%) y anticonceptivos orales (ACO) (30%). La ligadura de trompas alcanzó el 5.3%. (Gráfica 16. Tabla 76, ANEXO). Cabe señalar que una pequeña proporción de usuarias manifestaron practicar la doble cobertura, asociando el preservativo a otros métodos.

La preferencia por el método anticonceptivo seleccionado fue diferente según la edad. El uso de preservativos disminuyó al aumentar la edad, alcanzando el máximo entre las adolescentes con el 50%. El DIU alcanzó su máxima utilización entre las mujeres de 40 a 49 años (36%) y el 28% entre las adolescentes. El uso de ACO alcanzó sus mayores valores en el grupo de 20 a 29 años (36%). (Tabla 77. ANEXO).



El 48% de las mujeres manifestó haber **elegido el método anticonceptivo** con su pareja. El 36% lo hizo mediante consulta con un profesional, mientras que el 18% tomó esta decisión sola. Debe destacarse que casi una de cada 5 mujeres elige sola el método anticonceptivo que va a utilizar. (Tabla 78. ANEXO)

Las entrevistas a usuarias nos hacen preguntarnos acerca de qué significa para las mujeres la elección compartida con la pareja de un método anticonceptivo. La siguiente viñeta lo ilustra:

“Y me dijeron que el DIU para la persona que nunca tuvo hijos es medio complicado. Bueno lo tuve un año y me lo tuve que sacar, pero, me lo saqué también porque yo quise quedar embarazada, me venían demasiadas hemorragias. Sangraba, entonces mi marido me dijo, y bueno sacátelo y vamos a tener un hijo, ya pasó un año de que estamos casados, vamos a tenerlo y ta”

Otros servicios que incluye el Programa SIM en sus objetivos específicos son los vinculados a la prevención del cáncer génito-mamario.

Si bien algunos de estos aspectos ya han sido abordados anteriormente, cabe consignar que el 36.5% manifestó no haberse realizado nunca un estudio de Papanicolaou (PAP) y al 46% nunca le habían realizado un examen de mamas. El antecedente de no haberse realizado nunca el PAP varió según el grupo etario desde el 77% en las adolescentes, hasta el 11% en las mujeres de 40 a 49 años. (Tablas 94 – 99. ANEXO).

El hallazgo de un 36.5% de mujeres que refieren no haberse hecho al menos un estudio previo de PAP, es consistente con datos obtenidos en otras investigaciones realizadas en el país con poblaciones comparables (Benia, Tellechea, 2000) en que este indicador se ubicó en el entorno del 40%, por encima del encontrado en estudios de varios países de la región.

En las entrevistas las usuarias destacaron la conveniencia de los servicios más próximos a su lugar de residencia: *«Yo siempre opto por este (Centro de Salud) por lo cerca, aparte como nunca tuve problema siempre recurro acá para todo yo» ... «incluso los análisis de los médicos del Filtro, me los hago acá nomás» ... «es buena la atención y me queda más cerca».*

“...ahora, a raíz de que estoy tratando de salir de todos estos dramas con la psicóloga, empecé, me hice mamografía, me hice Papanicolaou, empecé a preocuparme un poco por mi cuerpo. Y bueno, he venido, vine al ginecólogo”

En las entrevistas las usuarias mostraron elementos de confusión entre acciones preventivas de cáncer de mama: auto examen, examen de mama realizado por un profesional y mamografía.

Ante la pregunta sobre la realización del auto examen de mama, aparecen respuestas del tipo:

“-examen de mama no, porque me dijeron del móvil que como no tengo edad... (se reitera la pregunta) no, porque he sentido... pero en sí como es bien no se... Yo tuve dos veces problemas que me había salido un bulto y estuve en oncología, ta, fue un bultito, nada maligno, ahora nomás, quise hacérmelo pero como no llego a la edad, acá en el móvil...”

5.3.5.2.- Desde la perspectiva de técnicos/as y directores/as.

En el análisis de esta dimensión ubicamos fundamentalmente tres factores que surgen de las entrevistas con técnicos/as y directores/as de los Centros de Salud. Estos elementos, reflejan las tensiones a la hora de la operativización de los lineamientos del Programa SIM. Estas tensiones que se “viven” en las prácticas cotidianas en los Centros de Salud, están articuladas con aquellas referidas a los enfoques conceptuales y epistemológicos en juego. La relación existente entre la *lógica discursiva* y la *lógica de las prácticas*, se materializa cuando se focalizan los aspectos relativos a la puesta en marcha de un modelo de atención en el cual coexisten –no sin contradicciones–, aspectos referidos a propuestas divergentes en el campo de la salud de la mujer.

● Infraestructura y Recursos Materiales de los Centros de Salud:

Respecto a las condiciones materiales de los Centros de Salud, la realidad difiere según los Centros. En algunos, las **condiciones edilicias** son precarias. La Observación directa de

Centros realizada por el equipo de investigación releva que en algunos Centros, el aislamiento acústico de los consultorios es precario (mamparas) lo cual afecta directamente las condiciones de privacidad de la consulta. Los técnicos/as y directores/as entrevistados/as lo señalan con preocupación:

«Los espacios físicos en los que se desarrolla la consulta son diversos. En muchos de ellos a la estrechez de la sala de espera de algunos consultorios, se agrega la falta de aislamiento lo que impide que la consulta se desarrolle en condiciones de confidencialidad» (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“El Centro tiene una dificultad locativa muy grande, que se está buscando una solución, que es la ampliación y reforma del local. (...) Así podríamos trabajar en mejores condiciones. Pero a pesar de la precariedad de nuestras instalaciones, que Ud. vio como son: no tienen la privacidad suficiente, la aislación ni la ventilación mas conveniente, la aislación acústica y térmica es insuficiente, pero a pesar de todas esas dificultades, con entusiasmo y compromiso con la sociedad, hemos iniciado las actividades propuestas.” (Dirección, Centro de Salud)

“La dificultad: no hay local, el local es muy chico, no tenemos donde trabajar. Estoy junto a la ginecóloga y ahí hay gente esperando para anticoncepción y no tiene lugar donde estar(...)” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

La *Observación directa* de los Centros confirma estas apreciaciones y muestra asimismo, otras características de la infraestructura que inciden directamente en la calidad de la atención. Como obstáculos: salas de espera con capacidad y asientos en número insuficiente (en tres de los cinco Centros); ausencia de papeleras (en cuatro Centros); baños en malas condiciones y sin insumos básicos (en todos los Centros), insuficiencia o ausencia de material educativo (en cuatro de los cinco Centros). Como aspectos adecuados se resalta la iluminación y ventilación (en cuatro de los Centros), adecuada aunque a veces escasa señalización (en todos los Centros). La realidad de los consultorios no difiere sustancialmente de las condiciones de las salas de espera: capacidad suficiente (cuatro Centros); escaso material educativo (en todos los Centros), insuficiente acondicionamiento térmico (en tres Centros), inadecuadas condiciones de los baños (tres Centros); camillas con papel para cada usuaria y sin sabanillas (en todos los Centros); ausencia de espacio privado para que la mujer se prepare para el examen (en cuatro Centros); inadecuadas condiciones de privacidad (en cuatro Centros); presencia adecuada de material para el examen ginecológico y material esterilizado (en todos los Centros). Los datos recogidos en la observación aportan que el tiempo de espera promedio para la consulta es de dos horas, lo cual facilitaría la instrumentación de condiciones para que el tiempo de “espera” se transformara en un tiempo productivo.

La **continuidad en la disponibilidad de métodos anticonceptivos**, y su adecuada gestión en el interno de los Centros de Salud se registra como un elemento conflictivo, desde la perspectiva de los/as entrevistados/as. Los métodos anticonceptivos (anticonceptivos orales, preservativos y DIU) son entregados a las usuarias en el servicio de Farmacia, previa consulta ginecológica. Se observa que este sistema requiere de condiciones de coordinación y comunicación entre los estamentos del Centro, no suficientemente desarrolladas hasta el momento.

«Yo no los tengo, están en farmacia. Yo no tengo ni idea de la disponibilidad del stock que tenemos. Yo ¿como me entero?» (Técnico Profesional, Centro de Salud).

“Volvió y me dijo: “Ah, no hay más Triquilar”. Yo no tengo idea si hay stock o no hay stock, si se acabaron los preservativos. A mí nadie me informa de cuánto hay o no hay.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“No tenemos un conocimiento claro de lo que disponemos, de lo que se dispone. Lo que sabemos, recientemente es que hay cajas armadas para la colocación de DIUs. O sea que hay dos anticonceptivos que se pueden dar y recientemente me entero de que también hay preservativos en cantidad de 10 o de 20. Eso me enteré en una reunión de la semana pasada.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

«DIU hay cantidad. Exluton también. Lo que falta es Microgynon y Triquilar. Eso falta y falta. Y preservativos también me han faltado. (Técnico Profesional, Centro de Salud).

“No sé a quien, está por encima de lo que a mí me corresponde. Este... hay discontinuidad en los métodos, no hay buena información. Creo que nosotros, los que trabajamos en esto nos vemos desbordados por la consulta.” (Técnico Profesional, Centro de Salud).

La **limitada oferta de métodos anticonceptivos** disponibles es señalado como una dificultad que afecta directamente la atención, en tanto no se cuenta con una amplia gama de posibilidades que permita dar respuesta a la diversidad de situaciones que se plantean en la consulta. En este sentido, una referencia especial merece la anticoncepción de emergencia (AE), la cual – como ya se mencionara - no forma parte explícita de la estrategia de atención del Programa.

“Con respecto a los métodos anticonceptivos que disponemos para determinada población, no disponemos de métodos adecuados para la mujer mayor de 35 años. Ya sabemos hoy en día que podemos dar la anticoncepción oral hasta la menopausia siempre y cuando dispongamos de pastillas anticonceptivas de tercera generación. Tal vez se podría implementar ya que no todas aquellas mujeres mayores de 35 son óptimas para la inserción de un DIU, y no es tan sencillo como decir tiene 35 le insertamos un DIU. Entonces, siendo de más riesgo tener un hijo, no le colocamos el DIU, no le damos pastillas ni le hacemos la esterilización tubárica..” (Técnico Profesional, Centro de Salud).

“Yo creo que no conocen (se refiere a la AE). No saben que hay pastillas que pueden ayudarlas a... Aunque, un solo caso tuve de una mujer que vino y me dijo que había tomado Inmediat... una sola. De Postinor, nunca.” (Técnico Profesional, Centro de Salud).

“Yo creo que es algo (AE) que puede tergiversar mucho el funcionamiento de Farmacia, porque eso va por receta o dos ciclos de la caja.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Nosotros le indicamos el uso (AE), pero alguna de repente no se las puede comprar.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

● **Recursos Humanos: rol, función e integración de los Equipos de Salud**

La **integración profesional de los equipos de salud** varía en cada Centro. Si bien, en la mayoría de ellos quienes coordinan acciones son los/as técnicos del área biomédica. La integración y funcionamiento de un equipo de salud requiere de una estrategia explícita acompañada de acciones que favorezcan la construcción de este espacio. Los equipos no se decretan sino que se construyen. En el discurso de varios de los/as técnicos/as el equipo no es visualizado como una necesidad, y es definido por varios de ellos en términos de participación voluntaria que depende de cada profesional. Quienes lo entienden necesario y conve-

niente, crean instancias de coordinación; en otros, la trayectoria de trabajo conjunto de larga data, les lleva a fundamentar la no necesidad de crear espacios específicos de encuentro y coordinación. A su vez, el protagonismo del equipo de salud recae desmesuradamente en la figura del médico/a, y pasan a segundo plano (en calidad de ayudantes) el rol de los otros profesionales del Programa..

Esta visión restringida sobre el equipo de salud inhibe y/o dificulta su identificación como espacio y como herramienta para el abordaje integral de la tarea, como estrategia de autocuidado de los/as profesionales, como instancia de formación profesional y sistematización de la práctica, como canal para resolver los conflictos y contradicciones que la tarea genera. El trabajo en equipo permitiría tomar distancia de las lógicas prácticas, de la inmediatez de lo cotidiano, para poder reflexionar de manera colectiva sobre las dificultades y desafíos que ésta presenta, y las posibles transformaciones a introducir. Al decir de Ulloa (1985) el equipo de salud como instancia de trabajo y reflexión puede officiar de “estructura de demora” en tanto favorecería contar con ese tiempo/espacio necesario para el desarrollo de un pensamiento crítico respecto a las formas de concebir y actuar profesionalmente (*elucidación*, al decir de Castoriadis, 1992)³²

«Estamos siempre juntas, reuniones afuera no hacemos, pero nosotros trabajamos en equipo. Cuando la doctora viene a colocar los DIU tiene todo pronto. Cuando viene coloca los DIU que hay y después sigue la consulta de ella y estamos juntas ahí, no precisamos reuniones. Estamos juntas.» (Técnico Profesional, Centro de Salud).

«Sí, hay un equipo conformado. Este equipo funciona con la doctora, la partera y una enfermera que hace educación en sala (de espera) ... nosotros tenemos el equipo multidisciplinario para poder proyectarnos ...» Inmediatamente ante la pregunta ¿los técnicos que trabajan en el campo de la salud reproductiva deberían capacitarse? Se responde: *«Sí, a trabajar en equipo.»* (Dirección, Centro de Salud).

«Nos reunimos con la nurse una vez por mes, las pediatras deberían estar integradas ... esto debería incluir la recepción...» (Técnico Profesional, Centro de Salud).

«Sí, en realidad el equipo básico involucra a partera y ginecóloga. Obviamente se invita a participar a la asistente social, pero como tiene múltiples funciones... ; enfermería específica no hay tampoco. El equipo son la ginecóloga y la partera.» (Dirección, Centro de Salud).

“No, yo sinceramente no creo que haya un funcionamiento coordinado. No; lo veo más bien ecléctico. Bastante desordenado. Ha habido instancias de coordinación, pero en las cuales nos han citado o a la partera o a mí, en horarios en los cuales yo no puedo concurrir.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

Esta realidad de técnicos/as que operan de manera descoordinada y con puntuales instancias de reflexión conjunta, se ve reforzada por la inexistencia de espacios institucionales que promuevan y habiliten las reuniones entre los/as profesionales que intervienen en el Programa, de modo de ir construyendo un espacio de equipo, con un esquema referencial y operativo común (ECRO³³, al decir de

³² Elucidar: “pensar lo que se hace y saber lo que se piensa” (Castoriadis, 1992)

³³ ECRO: Esquema Conceptual, Referencial y Operativo.

Pichon Rivière, 1980). Es bien sabida, la correlación entre una visión integral de la salud y el trabajo en equipos interdisciplinarios; en tal sentido, es necesario jerarquizar institucionalmente el rol del equipo de salud, como una instancia central y necesaria tanto como la atención directa y no como una tarea de segunda categoría de la que se puede prescindir sin efectos directos en la calidad de atención.

Otro elemento que incide directamente en la implementación del Programa refiere a las **condiciones laborales y salariales** de los/as profesionales que ejercen en los Centros de Salud. La histórica realidad de bajos salarios de los/as funcionarios públicos de la Salud, entre los que se encuentran los/as profesionales, dificulta cualquier propuesta que conlleve transformaciones en el orden práctico. El Programa SIM, “vivido” por los técnicos/as como “una tarea que se agrega” (la cual en la práctica privada reporta ingresos notablemente superiores), generó la demanda gremial de una mejor paga de parte de algunos/as profesionales.³⁴ Sin embargo, la incorporación del SIM no implicó a los/as profesionales de los Centros mayor dedicación horaria, ni variaba su contrato laboral (cantidad de horas semanales y paga correspondiente) con la incorporación del mismo.

«En un principio yo estaba medio reacia con la idea porque considero que nuestros salarios son demasiado bajos como para que nos estén sobrecargando» (Técnico Profesional, Centro de Salud)

«Sinceramente yo no fui a ninguna reunión, pero compañeros míos fueron a reuniones con el Sindicato Médico del Uruguay y se estaba exigiendo que nos dieran un incentivo.» (Técnico Profesional, Centro de Salud)

“Nos fijate que si estamos cobrando 2.100 pesos por mes, y además nos recargan». (Técnico Profesional, Centro de Salud)

«Nos parece un poco injusto que sabiendo que pudieran conseguir recursos no fueran dados». (Técnico Profesional, Centro de Salud).

Si bien no cabe duda que los salarios de los/as profesionales de la salud pública están –en términos generales– notablemente disminuidos, los reclamos salariales de los/as profesionales no han surgido específicamente ante otros cambios programáticos que se produjeron en los Centros de Salud. Sólo han emergido ante este Programa, y en particular ante la colocación del DIU, con lo cual cabe preguntarse acerca del peso de los factores ideológicos (de resistencia a este servicio), presentes en el reclamo salarial.

«El médico ginecólogo cree que cualquier otra tarea que se le asigne debería tener una remuneración adicional ...». Interrogado luego (*¿y pasa con otra tarea que no sea la anticoncepción o solo con ella?*), responde: *«No, no pasa con otra tarea»* (Dirección, Centro de Salud).

Otro elemento que merece especial atención es lo referente a la **capacitación desde enfoques integrales y con perspectiva de género de los/as profesionales** que trabajan en los Centros, en el campo de la Salud y los derechos sexuales y reproductivos. Esta es un área que no integra la formación de grado de las profesiones de la salud en el país. Si bien existen esfuerzos en este sentido, los mismos son de reciente data. La formación de los/as profesionales universitarios/as uruguayos/as

³⁴ Este reclamo se formalizó a través de la entrega de una carta dirigida a las autoridades del SSAE, y a la negación de “colocar DIU” hasta tanto no cambiaran las condiciones salariales. (mayo 2001).

ha sido y sigue siendo reconocida en diferentes lugares del mundo por su calidad técnica y su compromiso social.

Este elemento es rescatado desde la perspectiva de los/as directores, quienes enfatizan el compromiso y la capacidad técnica de los/as profesionales que trabajan en los Centros. También señalan la necesidad de la formación permanente y específica en una perspectiva integral de la salud que contribuya a superar visiones fragmentadas y determinadas por el universo de valores de cada profesional. Algunos/as técnicos señalan la necesidad de instancias de formación como elemento fundamental para transformar sus prácticas profesionales en los Centros.

«Yo soy de las que digo que la capacitación siempre es necesaria, nunca podemos decir que está todo aprendido (...) Yo creo que son funcionarias que tienen los elementos básicos para desenvolverse en el cargo, que lo están haciendo, pero la capacitación es siempre bienvenida.» (Dirección, Centro de Salud)

“En la capacitación del personal técnico no necesitamos aparatos sofisticados ni tecnologías onerosas. Esto es más que nada tener un buen rapport con las usuarias. Como fortaleza tenemos el equipo multidisciplinario, el involucramiento de esta gente.” (Dirección, Centro de Salud).

«Mucho título pero poco contenido, el SSAE no ha cambiado la política en lo que sea promover la anticoncepción. No ha dado capacitación en lo que hace a técnicos y no técnicos en este aspecto. Se da por sentado que vos sabés lo que es la salud integral de la mujer ... el personal, me incluyo, no estamos preparados para ello.» (Técnico Profesional, Centro de Salud).

“Otra cosa, yo veo conversando con colegas míos que trabajan en anticoncepción que no se han actualizado, si vos no tenés actualización por tus propios medios, nadie te viene a dar un curso de actualización con las últimas teorías. Te pongo un ejemplo, a cada cuanto se recambia el DIU. Hoy sabemos que no se tiene que andar recambiando cada 4 o 5 años y hay gente que sigue repitiendo ese verso. Entonces creo no habría que hacer un curso sino ver quién está apto para trabajar en esto, no es sólo que vos quieras y te guste, capaz que te encanta trabajar con mujeres y anticoncepción pero no tenés idea de nada. Revisemos los conceptos.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

● **Participación de las mujeres organizadas**

La instrumentación de una estrategia que promueva la participación organizada de las mujeres usuarias en la vida del Centro y en especial del Programa SIM, es reciente en la implementación del SIM. Si bien este aspecto está incluido en los objetivos del Programa, su concreción requiere de una clara intencionalidad desde cada Centro de favorecer el nucleamiento de las mujeres y promover su involucramiento activo en la vida del Programa. Asimismo, implica que los/as profesionales involucrados/as pongan en juego una actitud abierta a la “mirada” y el control social. La estrategia de fomentar la participación organizada de las mujeres usuarias (formación de grupos de mujeres, según el Programa SIM) requiere de una serie de definiciones, que no están lo suficientemente explicitadas en las bases del Programa. La primera refiere al rol que se pretende que desarrollen los grupos de mujeres usuarias en relación al Programa; la segunda refiere a los grados de autonomía que se pretende promover en estos grupos; entre otras. Estas definiciones están relacionadas con la concepción de participación comunitaria que se está dispuesto a impulsar. En las entrevistas algunos/as técnicos refieren a esta estrategia como un elemento novedoso y al momento, con escaso desarrollo.

«Ya tuvimos la primera reunión de mujeres. Lo hacíamos antes pero con otra perspectiva. Pero ahora lo hacemos con el objetivo de que las mujeres formen grupos de acuerdo a sus intereses y ellas mismas sean las verdaderas...protagonistas» (Técnico Profesional, Centro de Salud)

«Bueno... las autoridades han estado con nosotros permanentemente. Hemos abierto otros campos, instancias para la mujer, en donde ella se exprese libremente, porque hemos comenzado a organizar reuniones de mujeres. Eso no se hacía antes.» (Técnico Profesional, Centros de Salud)

En la operativización del Programa SIM se ponen en juego **las tensiones entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención, y la propuesta de construir un modelo integral de atención**. Esta co-existencia genera conflictos de diversa índole que se han pretendido identificar en este estudio y que se pueden resumir de la siguiente manera:

- 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;
- de un modelo centrado en la prevención y la asistencia, a un modelo que se sustenta sobre la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria;
- 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;
- de un modelo sostenido sobre una concepción biomédica de la salud, a un modelo que se fundamenta en una concepción integral y constructivista de la salud;
- de un modelo focalizado en la figura de la mujer – madre, a un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral cuyas necesidades en salud se producen a lo largo del ciclo vital;
- de un modelo que considera a la usuaria en tanto “objeto” de la atención, a un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el empoderamiento y la construcción y ejercicio de la ciudadanía.

La institucionalización de un nuevo modelo de atención requiere de un proceso de trabajo en el cual participen todos los actores involucrados. Asimismo, implica repensar los criterios para su evaluación y la construcción de indicadores de calidad que sean consistentes con el modelo que se pretende promover. Un ejemplo de estas tensiones, la refiere uno/a de los técnicos entrevistados:

“Vamos a la productividad, no tanto a la parte de la calidad de atención... Estaba preocupado porque yo nunca había colocado un DIU. Entonces le empecé a explicar mis razones y sobre todo porque no me parecía que el DIU fuera un método ideal en una población de altísimo riesgo de enfermedades de transmisión sexual en mujeres sin pareja estable. Y no me quería escuchar y me decía: “No, no, no. Tú tenés que sugerirle, tú tenés que darle indicación médica”. Yo no le sugeriré a ninguna mujer que se haga nada.. Le voy a brindar toda la información, la decisión es de la mujer. ¿Quién soy yo para decirle a la mujer que se coloque un DIU o tome anticonceptivos? Me siento un poco presionada por eso. Como que como no colocaste ningún DIU, “Dale poné algún DIU, así tenemos algún número para mostrar que estamos poniendo algún DIU.” (Técnico Profesional, Centro de Salud)

■ 6. CONCLUSIONES

En primer lugar, debemos señalar que la creación del Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) constituyó la respuesta del SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa, organismo gestor de los servicios del Ministerio de Salud Pública en el Primer Nivel de Atención en Montevideo) ante un lineamiento de la Dirección General de la Salud (DIGESA, organismo decisor en materia de políticas de salud) de incorporar la anticoncepción a la cartera de prestaciones habituales de los servicios. El SSAE decide enmarcar estas prestaciones en un programa de salud integral de la mujer, articulando de esta forma otros servicios históricamente brindados desde el área de la atención materno infantil (control del embarazo y puerperio, prevención del cáncer génito – mamario).

El Programa SIM propone un cambio en el enfoque desde el cual implementar los servicios al explicitar en su documento de creación el marco de la salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género y derechos como marco referencial que define sus objetivos y líneas de acción.

La investigación que presentamos transcurrió simultáneamente al primer año de desarrollo del Programa SIM, siguiendo paso a paso el proceso de implementación del mismo. Permitió identificar una serie de **factores que intervienen en la incorporación e implementación del Programa SIM, dificultando y favoreciendo su desarrollo.**

Estos factores serán presentados en el marco de las conclusiones siguiendo los objetivos específicos propuestos por el estudio:

- I. Fue posible **elaborar un perfil sociodemográfico de las usuarias de los Centros de Salud donde se asienta el Programa SIM y conocer sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva.**

Podemos concluir que las mujeres usuarias toman frecuentemente decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción, sin contar con información, apoyo y orientación brindada en los Centros de Salud. En tal sentido, la incorporación del Programa SIM puede constituir una respuesta institucional a las necesidades de las mujeres en materia de información y orientación en estos asuntos. La mujeres encuestadas en su casi totalidad han tenido la experiencia del embarazo (90%). En una importante proporción, declaran anhelar un menor número de hijos, en especial en las generaciones más jóvenes, si bien en su gran mayoría están dispuestas a aceptar un eventual nuevo embarazo, viviendo la maternidad, en muchos casos, como un destino. La interrupción del embarazo no es explicitado por la mujeres como una opción. Probablemente, esto está relacionado con la penalización del aborto en el país (con el consiguiente temor a la sanción legal y social) y con un sistema de salud que no ha brindado – hasta el momento – una respuesta a esta realidad. El miedo a realizarse estudios preventivos tales como el PAP, el examen de mamas y el auto examen de mamas, constituye un elemento de importancia a tomar en cuenta en la implementación de los servicios del Programa. A su vez, las mujeres encuestadas identificaron derechos relacionados con su cuerpo entre los cuales la referencia al autocuidado y la autoestima fueron los más frecuentes, ubicándose en

menor proporción los relativos a la información y atención en salud reproductiva. Una cuarta parte de las encuestadas expresó la imposibilidad de identificar derechos en este plano. Lo mismo sucedió en relación a los derechos referidos a la vida sexual, los cuales no fueron reconocidos por similar proporción de mujeres. Fueron identificados como derechos el autocuidado, la no coerción sexual y el decidir sobre las características de las relaciones sexuales. La gran mayoría de las encuestadas identificó como derechos la procreación y el ejercicio de la maternidad así como a elegir el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos. Tanto las respuestas a la encuesta como las entrevistas a las mujeres usuarias nos indican que éstas cuentan con una limitada conciencia sobre sus derechos más allá de la maternidad, la cual sí es reconocida y defendida como un derecho de las mujeres.

Los/as técnicos y directores, por su parte, señalan la naturalización y el valor jerarquizado que la maternidad tiene para las usuarias, como una búsqueda de status social, un destino que se asume como mandato intergeneracional o una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre.

Cuestionan este modo de vivir la maternidad, más por la imposibilidad de estas mujeres de asumir y ejercer “adecuadamente” el rol materno debido a la situación socioeconómica, que por impulsar un cambio en los mandatos de género. Vimos que muchos elementos sugieren que reproducen en su práctica los significados que tiene la maternidad para las mujeres usuarias.

2. Un conjunto de factores que **inciden en la accesibilidad** de las mujeres usuarias de los Centros a los servicios del Programa SIM. aparecieron vinculados a **aspectos funcionales y socio-culturales**.

En relación a lo anteriormente mencionado, los técnicos se refieren a las mujeres como “las madres”, lo cual opera como un obstáculo para la personalización del vínculo con las usuarias, expresado por un tercio de las encuestadas que considera que no la conocen en el Centro; asimismo tiene un efecto legitimador de los mandatos de género.

Las formas de relacionamiento habituales de los/as técnicos muestran una variedad de actitudes que devienen en efectos diversos en el vínculo de las usuarias con los servicios: aquellas que expresan sentirse comprendidas verán favorecida su accesibilidad a los mismos, mientras que en las que expresan sentirse rezongadas y avergonzadas, es esperable que esto opere como barrera para la continuidad en la relación con el Centro de salud.

Lo anterior se vincula en muchos casos con que los/as profesionales observan, analizan y actúan en relación a las mujeres desde valoraciones y atributos asignados a las usuarias en su carácter de pobres, que están asociados a la irresponsabilidad en el ejercicio de la maternidad y en el cuidado de la salud (dejadez, abandono personal). En consecuencia, la planificación familiar es percibida como una estrategia de control de la reproducción de la pobreza y no como un derecho de las personas para la autodeterminación reproductiva.

Otras barreras para el acceso aparecen vinculadas a aspectos funcionales, desde el momento que un tercio de las usuarias expresó antecedentes de haber concurrido a la consulta y no haber sido atendida.

3. Un conjunto de factores que inciden en la implementación del Programa SIM aparecieron vinculados a aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad de los/as Directores y Técnicos de los Centros.

El modelo materno infantil institucionalizado en la concepción y en las prácticas de los Centros de Salud, ha sido internalizado y naturalizado por el personal y por las usuarias, condicionando de esta forma tanto el tipo de demandas de la población, como la capacidad de escucha y decodificación de las mismas desde el lugar profesional.

La incorporación del Programa SIM, y en particular su componente de planificación familiar, es vivido como un “peligro” para el buen desarrollo de lo materno infantil. En tal sentido, se registra una sensación de temor a la pérdida de un logro muy importante de los Centros. Esto constituye una expresión de la eficacia simbólica de las representaciones sociales sobre la maternidad como función central y legitimante del ser mujer, a la vez que configura un desafío para el Programa SIM en lo que respecta a la capacitación de los integrantes de los equipos de salud.

En tal sentido, los aspectos referidos al ejercicio de la sexualidad parecen ser especialmente dificultosos de integrar en la consulta. Algunos técnicos/as refieren que la sexualidad ingresa a la consulta habitualmente vinculada a situaciones de violencia, y si bien es escuchada, manifestaron no contar con entrenamiento que favorezca un adecuado abordaje.

Por otro lado, se constató un cierto desconocimiento acerca de la terminología y la conceptualización de la salud y los derechos sexuales y de los derechos reproductivos. Esto es consistente con la falta de desarrollo de acciones de promoción basadas en un enfoque de derechos y de empoderamiento. La mujer es concebida en tanto objeto social aislado, sin capacidad para tomar decisiones y ejercer el control sobre su propia vida.

Lo anterior apareció reforzado cuando los/as profesionales, ante la percepción de las difíciles situaciones por las que atraviesa la población usuaria, reaccionan cuestionándose su capacidad de ayuda, generando sentimientos de impotencia, y viendo imposible la transformación de la situación.

Técnicos/as y directores/as señalaron la necesidad de la formación permanente y específica en una perspectiva integral de la salud que contribuya a superar visiones fragmentadas y algunos/as enfatizaron la formación como elemento fundamental para transformar las prácticas profesionales en los Centros.

Las condiciones laborales y salariales de los/as profesionales que ejercen en los Centros de Salud resultaron consonantes con la histórica realidad de bajos salarios del funcionariado público del sector salud, lo cual dificulta cualquier propuesta que conlleve transformaciones en el orden práctico. Sin embargo, esta realidad laboral fue expresada con particular énfasis en lo que respecta a la administración de métodos anticonceptivos, que desarrollamos a continuación.

4. Factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte de los/as técnicos.

La planificación familiar fue referida como un punto conflictivo, que ameritó de parte de un grupo de técnicos, la comunicación formal a las autoridades de un conjunto de cuestionamientos vinculados al modo de implementación de las prestaciones de planificación familiar, y a la remuneración insuficiente del personal para desempeñar esta tarea, señalando la sobrecarga que esto implica.

Se visualizan “conflictos de intereses” en técnicos/as que brindan servicios de planificación en otras instituciones, por el cual reciben una retribución económica.

Algunos/as se niegan a ofrecer el DIU a las usuarias, fundamentando que no hay condiciones sanitarias adecuadas para realizar este acto.

Se identificó la convicción entre los/as profesionales de que las mujeres tienen derecho a acceder a métodos anticonceptivos, pero no se observó la misma convicción respecto a que las mujeres tienen derecho a decidir cual método se ajusta mejor a sus circunstancias de vida. La promoción de la autodeterminación reproductiva no acompaña la prescripción de los métodos anticonceptivos, concebida fundamentalmente desde el enfoque de riesgo biomédico. Este punto se ve reforzado por el protagonismo de la figura del médico en el equipo de salud y el plano secundario (en calidad de ayudantes) que ocupan el resto de los/as técnicos.

La discontinuidad en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, y las dificultades para su adecuada gestión al interno de los Centros de Salud se registró como un elemento obstaculizador. Los métodos anticonceptivos (anticonceptivos orales, preservativos y DIU) son entregados a las usuarias en el servicio de Farmacia, previa consulta ginecológica, y el/la profesional no cuenta con información permanente acerca de la disponibilidad de los mismos en el Centro. Asimismo, cierta limitación en la oferta de métodos anticonceptivos es señalada como una dificultad que afecta directamente la atención, en tanto no se cuenta con una amplia gama de posibilidades que permita dar respuesta a la diversidad de situaciones que se plantean en la consulta.

Entre las usuarias encuestadas, la preferencia en relación a los métodos anticonceptivos se distribuyó aproximadamente en tres partes iguales entre preservativos, dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos orales (ACO). Una pequeña proporción de usuarias manifestaron practicar la doble cobertura, asociando el preservativo a otros métodos. El uso de preservativos disminuyó al aumentar la edad, alcanzando el máximo entre las adolescentes. El DIU alcanzó su máxima utilización entre las mujeres de 40 a 49 años. El uso de ACO mostró una mayor preferencia en el grupo de 20 a 29 años.

Se observó la ausencia de un lineamiento programático de incentivo a la promoción de la doble protección y de difusión de la anticoncepción de emergencia.

5. Un conjunto de factores estuvo relacionado con aspectos funcionales y organizacionales de los servicios que obstaculizan o facilitan la implementación del Programa SIM.

Se destaca que algunas condiciones de infraestructura de los Centros inciden directamente en la calidad de la atención, tanto en los espacios de sala de espera como en los consultorios, en la medida que se observaron limitaciones importantes en la mayoría de los Centros. Los/as profesionales señalaron alteraciones a la privacidad durante la consulta, elemento que también fue referido por las mujeres encuestadas.

No se ha desarrollado una estrategia de difusión del Programa SIM y sus prestaciones. Se constató escasa cartelera y folletería disponible en salas de espera, generalmente referida a temáticas concernientes a la maternidad, la lactancia, el cuidado y control del embarazo y originada en propuestas de educación para la salud vinculadas al modelo materno infantil. No se observó en ningún Centro de Salud folletería y cartelera referida a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva y no se cuenta con materiales didácticos orientados a la promoción de derechos. En consonancia con ello, la mitad de las mujeres encuestadas expresaron desconocer la existencia del Programa, y que podían acceder gratuitamente a métodos anticonceptivos en el Centro de Salud. También, manifestaron desinformación en aspectos tan relevantes como la prevención de cáncer de génito - mamario.

Las actividades de promoción y prevención que se realizan en algunos Centros están referidas a la profilaxis del embarazo y parto, en especial con adolescentes.

Se constató en los/as técnicos una concepción de la práctica que privilegia el trabajo “intramuros”, en detrimento de las acciones comunitarias, poniendo de manifiesto una barrera con el entorno, establecida por el modelo de atención centrado en los aspectos asistenciales en detrimento de los aspectos promocionales y educativos. Incluir estrategias de promoción y educación integradoras de los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva, implicaría un cambio hacia un modelo integral de atención de la salud.

Este punto se articula con la no existencia de grupos de mujeres de la comunidad que participen de manera organizada y activa en el Programa SIM. En las entrevistas algunos/as técnicos refieren a esta estrategia como un elemento novedoso y al momento, con escaso desarrollo. Si bien, este aspecto constituye un componente del Programa SIM, su concreción requiere de una clara intencionalidad de cada Centro de favorecer el agrupamiento de las mujeres y promover su involucramiento activo en la vida del Programa.

Otro elemento a destacar es que varios profesionales muestran una visión restringida sobre el equipo de salud que inhibe y/o dificulta su identificación como espacio y como herramienta para el abordaje integral de la tarea. La dificultad de implementar orgánicamente espacios institucionales que promuevan y habiliten las reuniones entre los/as profesionales que intervienen en el Programa es un aspecto señalado como obstáculo, en especial desde la percepción de los/as Directores.

6. Factores relacionados con el papel que juegan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción.

Un elemento que merece especial atención refiere al alto porcentaje de mujeres encuestadas (70%) que afirmó no usar nunca preservativo en sus relaciones sexuales, atribuyendo un lugar poco significativo al rechazo de la pareja a su uso. La gran mayoría de estas mujeres explicaron el no uso del preservativo por la opción por otro método anticonceptivo.

Según el 15% de las usuarias, la práctica del estricto uso de preservativos fue explicado por el temor de los varones al SIDA. Ante una imaginaria situación de tener que *resolver el conflicto* de que la mujer desea usar preservativos y el varón los rechaza, la mitad de las usuarias afirmó que la situación se resolvería en el sentido de no mantener relaciones, si bien el 15% admitió la imposición de los criterios del varón.

Un tercio de las usuarias identificó a su pareja como la persona con quien habla sobre asuntos relacionados a su sexualidad.

Las observaciones realizadas en los Centros registraron la ausencia de varones en las salas de espera y la presencia de un número significativo de varones fuera del Centro de Salud “esperando a las madres”. La excepcionalidad de la situación del varón consultante, se reafirma con la inexistencia de pautas e instrumentos de registro específico para la consulta masculina que permitiera avanzar más allá de registrar el nombre de la usuaria que “manda” a su pareja a retirar las pastillas o los preservativos. Los varones, en su inmensa mayoría, no acceden al consultorio, son atendidos en la puerta. Algunos técnicos/as transmitieron una concepción que coloca al varón como acompañante de las decisiones reproductivas de las mujeres. Otros/as señalaron las relaciones de dominio de los varones sobre sus parejas, constatadas tanto en la imposición de tener hijos propios, como en la prohibición del uso de métodos anticonceptivos. Otro elemento referido está vinculado a la percepción acerca del sentido de la maternidad en las usuarias como una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre.

El análisis del material de campo permite afirmar que el Centro de Salud no cuenta con acciones específicas en relación a la salud y los derechos reproductivos de los varones, lo cual coincide con una visión de la salud reproductiva como asunto referido exclusivamente a la salud de la mujer.

EN SUMA

Como síntesis, podemos decir que en la operativización del Programa SIM se ponen en juego un conjunto de factores que están referidos a tensiones presentes entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención y la propuesta de construir un modelo integral de atención. Esta co-existencia genera conflictos de diversa índole que se han pretendido identificar en este estudio y que se pueden resumir de la siguiente manera:

- 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,
- de un modelo centrado en lo asistencial, a un modelo que se sustenta sobre la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria,
- 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,
- de un modelo sostenido sobre una concepción biomédica de la salud, a un modelo que se fundamenta en una concepción integral de la salud,
- de un modelo focalizado en la figura de la mujer – madre, a un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral cuyas necesidades en salud se producen a lo largo del ciclo vital,
- de un modelo que considera a la usuaria en tanto “objeto” de la atención, a un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el empoderamiento y la construcción y ejercicio de la ciudadanía.

En la introducción de este trabajo señalamos que la **reforma del sector salud** sigue una pauta gradualista. La misma se caracteriza por acciones que no reflejan necesariamente una articulación entre sí, ni reflejan lineamientos claros que permitan comprender su norte. La misma no ocupa un lugar en el debate público (como sí sucedió por ejemplo con la reforma educativa), y los actores políticos mantienen cierta cautela al plantear innovaciones.

Dentro del subsector público, se observa una tendencia hacia la descentralización, traducida en la transferencia a los efectores del primer nivel, de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención. El Programa SIM se enmarca en este proceso. La incorporación del Programa de Maternidad y Paternidad Elegida hacia el año 1996, como un proyecto de fortalecimiento del área materno infantil, fue el primer paso para la incorporación, unos años después en el primer nivel de atención, de nuevas prestaciones a la población usuaria de los servicios públicos de salud en Montevideo. La posterior definición ministerial (hacia el año 1999) de su carácter de programa prioritario (dependiente de la entonces Dirección de Promoción de la Salud - DIGESA), fue una señal del reconocimiento de la salud reproductiva en las políticas públicas del MSP. Con el cambio de administración de gobierno hacia el año 2000, se produce un nuevo paso hacia la operativización en el primer nivel de atención. Por un lado, se produjo la decisión de parte de la Dirección General de la Salud del cese del Programa Maternidad y Paternidad Elegida (el cual no contaba con una clara articulación con el primer nivel de atención), y el lineamiento al Servicio de

Salud de Asistencia Externa (SSAE) de incorporar la planificación familiar en las prestaciones de los Centros de Salud en Montevideo, promoviendo una ampliación de la cobertura a métodos anticonceptivos, de la población usuaria. Como respuesta a este lineamiento, el SSAE propone la incorporación del Programa SIM en la órbita de los Centros de Salud, efectores en el primer nivel de atención. Este paso no estuvo acompañado de la transferencia de recursos hacia el primer nivel, que favoreciera la incorporación del Programa SIM, y que fortaleciera el desarrollo del primer nivel. Hoy se puede observar, a poco más de un año del inicio de su implementación, que la ubicación del Programa SIM en la órbita del SSAE, potencia sus alcances hacia la población usuaria de Montevideo. Alcances que no sólo refieren a la cobertura, sino al desarrollo de acciones de promoción y prevención, y su enlace con los niveles locales. **La articulación entre la reforma del sector salud y la salud reproductiva parece encontrar un ámbito prometedor en el camino de la descentralización.** La misma parecería señalar que “**pensar global, actuar local**” es una fórmula que permitiría enfrentar la complejidad y los desafíos que exige la construcción de puentes entre la reforma del sector y la salud reproductiva.

■ 7. RECOMENDACIONES

1. Promover y organizar desde el Programa SIM actividades de sensibilización y capacitación dirigidas al personal técnico, en el campo de la salud sexual y reproductiva, tendientes a superar una visión y una lógica biomédica centrada en la noción de riesgo. Se recomienda que la capacitación focalice las dimensiones psico-sociales y culturales de la sexualidad y la reproducción, y su abordaje desde los servicios de salud.
2. Promover espacios institucionales para la construcción de equipos de salud en los Centros integrados con profesionales de diferentes disciplinas, que oficien como ejes fundamentales en la implementación de un modelo integral de atención.
3. Es necesario explicitar las características del componente del Programa SIM referido a la formación de grupos de mujeres que incidan en la planificación local, monitoreo y evaluación del Programa.
4. Desarrollar y fortalecer las coordinaciones interinstitucionales y con las organizaciones de la sociedad civil, en especial las organizaciones de mujeres, que accionan a nivel local en las zonas de influencia de los Centros, a los efectos de promover estrategias articuladas y conjuntas en el campo de la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
5. Brindar a la población de Montevideo, una amplia difusión de la existencia del Programa SIM y sus prestaciones, de modo de favorecer la accesibilidad. La difusión del Programa, sin perjuicio de que se realice desde cada Centro en el marco de su planificación local, debe estar sostenida por el desarrollo de una estrategia global desde el nivel central del SSAE . ASSE . MSP.
6. Promover y desarrollar desde los Centros, estrategias de promoción y educación en salud y derechos sexuales y reproductivos que favorezcan su conocimiento, apropiación y ejercicio en la población usuaria, en especial en las mujeres. A tales efectos, se requiere de dotar a los Centros de los insumos necesarios, en especial de materiales didácticos de apoyo, para el desarrollo de estas actividades.
7. Incluir en los lineamientos del Programa SIM la promoción del uso de la doble protección en la población usuaria, como estrategia de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y en especial del HIV – SIDA.
8. Incluir en las estrategias del Programa SIM la anticoncepción de emergencia, para lo cual es necesario entrenar a los/as profesionales en su abordaje, e informar a las mujeres usuarias acerca de su existencia y pertinencia en el uso.

9. Generar estrategias para la atención de la salud sexual y reproductiva en la población masculina, promoviendo su participación activa y responsable en el ejercicio de la sexualidad y la toma de decisiones reproductivas.
10. Definir indicadores de evaluación de calidad de atención y de calidad de servicios del Programa SIM desde una perspectiva de género, que sean consistentes con los propósitos del mismo, y que trasciendan los criterios de productividad como única modalidad de evaluación.
11. Proyectar las líneas de trabajo del Programa SIM hacia la elaboración y puesta en marcha de un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con una amplia participación de actores (organismos gubernamentales, de la sociedad civil, efectores a nivel privado, universidades) tomando como insumo el antecedente del Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva, que debe ser revalorizado por su carácter de documento consensuado.
12. Elaborar, validar y difundir normas de atención en salud sexual y reproductiva, retomando los esfuerzos realizados en los últimos años. Particular atención debería prestarse a los aspectos concernientes a las normativas que orienten el quehacer de los y las profesionales ante la prescripción de métodos anticonceptivos, así como a la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo.
13. Definir y explicitar desde los ámbitos normativos del MSP, los lineamientos y prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva, tendiendo a la consolidación de políticas públicas que aseguren la continuidad y la asignación de recursos en el Primer Nivel de Atención. Sería conveniente que los alcances de estas políticas públicas se extendieran a los efectores de atención a la salud del subsector privado.

■ 8. BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ. (2001). “Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. Estrategias de advocacy desde la sociedad civil organizada”. Presentado en el Seminario Regional “ONGs. y Gobernanca”. Programa MOST – UNESCO, Montevideo.
- ARILHA, M. (1999). Masculinidades e Genero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. Disertación de Maestría en Psicología Social. PUCSP.
- ARROYO LAGUNA, J. (1997). Vieja y nueva Salud Pública en la Reforma del Sector Salud. Tensiones en salud con la globalización. Ponencia presentada en la Mesa sobre Estado y Políticas Sociales del VII Congreso de ALAMES, Buenos Aires. (xerox)
- 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, Genero y Ciudadanía, Brasil
- BARKER, G. (2000). ¿Qué pasa con los muchachos? OMS, Suiza.
- BARRÁN, J. P. (1995). Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo. Ed. De la Banda Oriental. Montevideo.
- BENIA, W. y G. TELLECHEA. (2000). Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. Rev. Med. Uruguay. Vol. 16. N° 2 Setiembre.
- BRIOZZO, L et al. (2001). El aborto en condiciones de riesgo. Principal causa de mortalidad materna en Uruguay. Xerox. Montevideo.
- BRUCE, J. (1990). Elementos fundamentales de la calidad de atención: un marco conceptual simple. Documento de trabajo Population Council. NYC
- CASTRO, R. (2000). La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Ediciones CRIM – UNAM. México
- CASTORIADIS, C. (1990). La institución imaginaria de la sociedad. Tomo I. Ed. Anagrama, Madrid.
- CORREA, S. y R. PETCHESKY (1998). “Reproductive and Sexual Rights: A feminist perspective”. En Sen, Germain, Chen (Ed.): Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights. IWHC, NYC.

- DE LOS RÍOS, R. (1995). "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción". En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541. OPS. Washington.
- DE SOUZA, M.C. y O. CRUZ NETO (1999): "Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud". En: Bronfman, M. y R. Castro (coord.) Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina. Ediciones Edamex, México.
- FEIJOO, M.C. (1992). "La vida cotidiana de las mujeres madres en el marco de la crisis". En: Fernández, A.M (comp.) Las mujeres en la imaginación colectiva. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- FERNANDEZ, A.M. (1993). La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre mujeres y varones. Ediciones Paidós. Buenos Aires.
- FIGUEROA, J. G. (1997). "Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud". En: Elu M.C. (editores). Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva. México: Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México.
- FILGUEIRA C. (1996). Sobre revoluciones ocultas: las transformaciones de la familia en el Uruguay. CEPAL, Montevideo.
- FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1996). Un nuevo papel para los hombres: asociados para la potenciación de la mujer. Ed. FNUAP.
- GIORGI, V. (1999). "A propósito del trabajo de los equipos de salud con la comunidad. Problemas y potencialidades". Montevideo (xerox)
- GOMENSORO, A, GÜIDA C, CORSINO D y LUTZ E. (1995). La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje? Ed. Fin de Siglo. Reedición (1998) con apoyo de FNUAP – Ser varón en el 2000. La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones. Montevideo.
- 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
- HEISE L., M. ELLSBERG y M. GOTTEMOELLER (2001). Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L. N° 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December 1999. Citado Luciano D, Saleh-Ramirez A. en Simposio 2001. Violencia de Género, salud y derechos en las Américas. Informe Final. Iniciativa Interagencial de la Región. OPS. UNIFEM. UNDP. UNICEF. OPS y ONGs. Cancún. México.

- HELZNER, J. (1996). "Men's Involvement in Family Planning" En: *Reproductive Health Matters*, N°7. London
- INFM - INSTITUTO NACIONAL DE LA FAMILIA Y LA MUJER (1999): *MUJER Y ESTADÍSTICAS. Series Históricas e indicadores sobre la situación de la mujer uruguaya durante el Siglo XX*. Ed. INFM, UNICEF, MeyC. Montevideo.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. (2000). "Sexualidad, género y acción socio-educativa". En: *Cuarto Encuentro Nacional de Educadores Sociales*. Ed. INAME – UNICEF, Montevideo.
- LÓPEZ GÓMEZ, A., G. DUFAU, L. ABRACINSKAS, S. ROSTAGNOL y N. FILGUEIRAS (2003). *Derechos sexuales y los derechos reproductivos Diagnóstico nacional y balance regional.* MYSU – CLADEM/Uruguay. Montevideo.
- LÓPEZ GÓMEZ, A. y S. ROSTAGNOL (1998). "Políticas Públicas, Sexualidad y Salud Reproductiva". En: *Avances en la Investigación Social en Sexualidad y Salud Reproductiva*. CEDES, AEPA, CENEP Buenos Aires.
- LUDGREN, R. (2000). *Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina -OPS/FNUAP/ Fundación Kellogg/ ASDI*
- MATAMALA, M. I. (2002). "Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma." En: *Género, equidad y reforma de la salud en Chile*. OPS – MINSA (Gobierno de Chile - Fundación Ford.
- MATAMALA, M. I. y G. SALAZAR (1995). *Calidad de atención, género: ¿Salud reproductiva de las mujeres?.* Ed. COMUSAMS-ACHNU. Sgo. De Chile.
- MILLER, A. (2000) "Sexual not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights". En *Health and Human Rights*, vol. 4, N°2 Harvard College.
- MITJAVILA, M. y L. ECHEVESTE (1994). "Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade". En: *Alternativas escassas. Saúde, Sexualidade e reprodução na América Latina*. Fundação Carlos Chagas. Editora 34. Sao Paulo.
- MOLINEAUX, M. (1985). "Mobilisation without emancipation: women's interests, state and revolution in Nicaragua." En: *Feminist Studies*. Verano.
- MOREIRA, C. y J. FERNÁNDEZ (1997). *Políticas de Ajuste en el Sistema Público de Salud: la visión de los actores estratégicos*. Serie Informes CIESU, No. 64, Montevideo.

- 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.
- MORIN, E. (1995). Introducción al pensamiento complejo. Ediciones Gedisa. Barcelona.
- 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 (comp.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres – Flora Tristán. Perú
- NN.UU (1994). Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). Los varones y el SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de género. Documento de Campaña mundial contra el SIDA.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000). VIII Conferencia Regional Sobre la Mujer en América Latina y el Caribe. Equidad, Género y Reforma de las políticas de salud en América Latina y El Caribe. Lima, Perú.
- PATEMAN, C. (1996). "Críticas feministas a la dicotomía público-privado". En Perspectivas Feministas en Teoría Política. Ed. Paidós, Buenos Aires. reproductive rights". En Health and Human Rights, vol. 4, N°2 Harvard College.
- PICHON RIVIERE, E. (1980) El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires
- PITTMAN, P. (1999). Género y Calidad de Atención. El caso de la hipertensión y diabetes en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Ed. OPS/OMS, Buenos Aires.
- 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
- SEGURA, J. (1996). "El equipo y la institución: ¿Cuidadores del profesional?". En: AREA 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. N° 3/ El cuidado de los profesionales. Madrid.
- SEN, G. (1997). El empoderamiento como un enfoque a la pobreza. (xerox)
- STANDING, H. (2000). Impactos de género de las reformas de salud. Actual estado de las políticas y la implementación. En: Revista Mujer Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), Sgo. De Chile.

TIMYAN *et al.* (1993), cit. en STANDING H., (1999). Género y equidad en programas de reforma del sector salud: un análisis. *Health policy and planning journal*; U.K Trad. C. Flores y N. Palomino, Universidad Cayetano Heredia, Perú.

VALDÉS T.y J. OLAVARRÍA (1998). Resumen de ponencias del Simposio sobre la Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas. AVSC Internacional e IPPF/RHO. Oaxaca, México.

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. Perú

■ 9. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- BARZELATTO, J. (1998). Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional. En: *Saúde Reproductiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*. PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. Editora 34. Sao Pablo.
- BONINO, M. (1994). Barreras en el uso de los servicios de salud maternoinfantiles en zonas de pobreza. Facultad de Medicina - UDELAR, IDRC, Montevideo.
- CARRIZO, L. (2001). *Vida Cotidiana y Sociedad Local. Subjetividad en la acción social*. Tesis de Maestría en Desarrollo Local y Regional. Universidad Católica del Uruguay. Montevideo.
- CARRIZO, L. y A.L. RIVOIR (2002). El uso de la investigación para el diseño de políticas sociales. El caso de los observatorios gubernamentales en Uruguay. UNESCO (Programa MOST) – Universidad de Harvard – Universidad Católica del Uruguay. Montevideo.
- CASTRO, R. y M. BRONFMAN (1999). Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) *Cambio Social, Salud y Política*. México.
- DE SOUZA MINAYO, C. y O. CRUZ NETO (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.
- EACHEVESTE, L. y M. MITJAVILA (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., C. FILGUEIRA, F. FILGUEIRA y C. MOREIRA (1998). *Political environments, sector specific configurations and strategic devices: understanding institutional reform in Uruguay*, Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo, CIESU, Montevideo.
- GOGNA M. y S. RAMOS (comp.) (2002). *Experiencias innovadoras en Salud Reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales*. Ed. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires.
- GOGNA, M. (comp.) (2000). *Feminidades y Masculinidades. Estudios sobre Salud Reproductiva y Sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. CEDES, Buenos Aires.
- LANGER, A. (1999). “Planificación Familiar y Salud Reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva.” En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) *Cambio Social, Salud y Política*. México.

LANGER, A. y G. NIGENDA (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.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1995). Marco de Referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género. Reunión Regional Género y Calidad de Atención en los Servicios de Salud Reproductiva. San Salvador.

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

PROFAMILIA (1998): Derechos sexuales y reproductivos de los varones. Una reflexión acerca de la masculinidad y los derechos. Documento de Base para el análisis. Bogotá.

RAMOS, S. *et al.* (2001). Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?. CEDES. Buenos Aires. Argentina.

RED DE SALUD DE LAS MUJERES DEL URUGUAY (Ed.) (1994). Políticas de Población y Desarrollo desde una perspectiva de género. Ponencias del Seminario Preparatorio de la CIPD. Montevideo.

SASZ, I. (1999). “Género y Salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja”. En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) Cambio Social, Salud y Política. México.

SEGURA, J. (1995). “La noción de comunidad y el equipo de salud.” En: AREA 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. N° 2/ Una mirada psicosocial sobre el acto médico. Madrid.

SOLIMANO, G., M. VERGARA y I. STEPHEN (1999). Las reformas de salud en América Latina: fundamentos y análisis crítico. Documento presentado en la Conferencia sobre las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina: el rol del gobierno, la empresa y la sociedad civil. Sgo Chile.

TROSTLE, J. y M. BRONFMAN (1999). “El papel de la investigación en políticas de salud: una revisión estratégica de la literatura”. En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) Cambio Social, Salud y Política. 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. N° 2/ Una mirada psicosocial sobre el acto médico. Madrid.

■ 10. DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

DOCUMENTO (2000). “Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Maternidad y Paternidad Elegida.” Informe Final de Resultados y Perspectivas. MSP. Montevideo.

DOCUMENTO (2001). “Propuesta Salud Integral de las mujeres usuarias del SSAE. Líneas programáticas en construcción.” Dpto. Técnico – Unidad de Epidemiología, SSAE – MSP. Montevideo.

DOCUMENTO (1997). “Diagnóstico de los servicios de salud reproductiva en el subsector público.” MSP – FNUAP. Montevideo.

DOCUMENTO DE DIFUSIÓN. La salud del Uruguay en Cifras. Edición 2001. MSP –FISS. Montevideo

DOCUMENTO DE DIFUSION: La salud del Uruguay por Departamentos en Cifras. Edición 2001. MSP –FISS. Montevideo

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (1999). Análisis y Tendencias de la Salud en Uruguay 1999. MSP – FISS. Montevideo.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (1999). Mujer y Salud. Montevideo.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (2000). POR ELLOS. Informe de lo realizado en el período 1995 – 1999 por el Departamento Materno Infantil del MSP. Montevideo.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1999). Uruguay. Perfil del sistema de servicios de salud. Montevideo.

■ 11. ANEXOS

1. Pauta de Análisis Documental
2. Pauta de Observación de Centros de Salud
3. Guía de Entrevista a Técnicos/as de Centros de Salud
4. Guía de Entrevista a Directores/as de Centros de Salud
5. Formulario de Encuesta a Usuarías de Centros de Salud
6. Carta de Compromiso Ético.
7. Tablas. Encuesta a usuarias.

**INVESTIGACION:
FACTORES VINCULADOS A LA IMPLANTACION DE UN PROGRAMA
DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER EN EL MARCO DE UN
MODELO ASISTENCIAL MATERNO - INFANTIL. MONTEVIDEO 2001.**

FICHA ANALISIS DOCUMENTAL

Prioridad: Alta
 Mediana
 Baja

1) Tipo de Documento:

1.A)

Circulación Abierta
Circulación Interna
Publicaciones MSP

1.B)

Líneas Programáticas
Informes Programa
Correspondencias
Producción Centros de Salud
Folletería institucional

2) Datos Generales

Nombre del/de los Autores: _____

Fecha: _____

Ubicación:

Editorial
Mimeo
Versión papel
Versión Disquette

3) Tema Central

4) Palabras claves:

5) Referencia a objetivos (Nº):

6) Fundamentación y supuestos:

7) Viñetas

8) Observaciones

Realizado por: _____

Fecha: _____

PAUTAS PARA OBSERVACIÓN DE CENTROS DE SALUD

Centro: _____

Dirección completa: _____

Realizada por: _____

Fecha: _____

Horario: De _____ **hasta** _____

1. Población total del área..... Población total cobertura MSP.....
2. Accesibilidad geográfica:
 - Hay transporte colectivo en un radio de 300 mts. SI..... NO.....
 - Hay vías de tránsito importantes dentro de 300 mts. SI..... NO.....
 - Está ubicado en zona densamente poblada dentro de su área. SI..... NO.....
3. **Horarios de funcionamiento de Policlínicas Gineco-obstétricas:**

Nombre	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

4. ¿Se atiende con cita previa? SI..... NO..... ¿Cita telefónica? SI..... NO.....
¿Sin cita? SI..... NO.....
5. ¿Es posible pedir cita a través de otra persona? SI..... NO.....
6. ¿Qué tiempo promedio transcurre entre la solicitud y la consulta?
.....
7. ¿Las pacientes con patología aguda se atienden en el día? SI..... NO.....
8. ¿Cuántas pacientes/hora se citan como máximo?.....
9. ¿Cuál es la media de consultas por horas contratadas de ginecólogo(a)?.....
10. ¿Cuál es el tiempo de espera entre que llega al consultorio y es atendida?
.....
11. Número de pacientes atendidas en el horario de atención previsto
.....

12. Anticonceptivos disponibles:

Tipo:

DIU _____

Preservativos _____

ACO _____

Cantidad:

DIU _____

Preservativos _____

ACO _____

SALA DE ESPERA

- 13. Capacidad: Suficiente..... Insuficiente..... (hay personas de pie, hay personas afuera)
- 14. Mobiliario: -Asientos: Suficiente..... Insuficiente.....
 Conservación: Buena..... Reg..... Mala.....
 Papeleras: SI.....NO.....
- 15. Señalización: Adecuada..... Escasa..... Inexistente.....
- 16. Material educativo (Carteleras, folletería): Hay abundante.....Escaso.....No hay.....
- 17. Contenido: Dirigido a madre/niño; SI.....NO..... Dirigido a la mujer: SI.....NO.....
 Especifique.....
- 18. Actividad educativa en Sala de Espera: NO..... SI..... Tema.....
- 19. Iluminación: Suficiente..... Insuficiente.....Natural..... Artificial..... Mixta.....
- 20. Ventilación: Suficiente..... Insuficiente.....
- 21. Acondicionamiento térmico: Suficiente..... Insuficiente.....
- 22. Baños en buen estado (agua, jabón, cisterna funciona, limpio, papel): SI.....NO.....
- 23. La mayoría de las usuarias, ¿están acompañadas en la sala de espera?
 SI..... NO.....
- 24. ¿Por quién está acompañada?
 Niños..... Otras MujeresVarones.....
- 25. Los varones acompañantes están en:
 La sala de espera..... Fuera del servicio.....

CONSULTORIO GINECOLÓGICO

- 26. Capacidad: Suficiente.....Insuficiente.....
- 27. Material educativo (Carteleras, folletería): Hay abundante.....Escaso.....No hay.....
- 28. Contenido: Dirigido a madre/niño: SI.....NO.....
 Dirigido a la mujer: SI.....NO.....
 Especifique

29. Iluminación: Suficiente.....Insuficiente..... Natural.....Artificial.....Mixta.....
30. Ventilación: Suficiente.....Insuficiente.....
31. Acondicionamiento térmico: Suficiente.....Insuficiente.....
32. Baño en buen estado (agua, jabón, cisterna funciona, limpio, papel): SI.....NO.....
33. Camilla: con papel para cada usuaria: SI.....NO.....
34. Sabanillas: SI.....NO.....
35. Material estéril disponible para colocación de DIU: SI.....NO.....
36. Cuenta con espéculos de tres tamaños, descartables y/o esterilizados SI.....NO.....
37. Sistema de recolección de residuos: Adecuado.....Inadecuado.....
38. Posibilidades de privacidad: SI.....Escasas.....NO.....
39. Asiento para acompañante: SI.....NO.....
40. Cuenta con espacio reservado para que la usuaria se prepare para el examen: SI.....NO.....

RELACIONES INTERPERSONALES

Entre personal – usuarios/as en admisión y sala de espera:

1. Otorga trato personalizado (la saluda) SI..... NO.....
2. La alude y se dirige al usuario/a por su nombre SI..... NO.....
3. Se dirige de manera diferente a usuarios y usuarias SI..... NO.....
Especificar:
4. Otorga trato digno, no discriminatorio ni infantilizador a usuarias SI..... NO.....
5. Utiliza mecanismos que indican asimetría de poder (tuteo unilateral, etc.)
SI..... NO.....
6. Usa placa identificatoria clara y visible. SI..... NO.....

CONSIDERACIONES GENERALES

**PAUTA ENTREVISTA FOCALIZADA A
GINECOTOCOLOGOS, PARTERAS y ENFERMERAS
DE CENTROS DE SALUD**

1. Desde su perspectiva, ¿qué ha implicado para el Centro la incorporación del Programa SIM?
2. ¿Cuáles son –desde su perspectiva- los factores (internos y externos) que favorecen y/o que dificultan su implementación?
3. ¿Qué ha implicado para Ud., en su tarea profesional en el Centro la incorporación del Programa?
4. Existen instancias de coordinación entre los profesionales involucrados en el Programa? SI NO A VECES ¿Con qué frecuencia? ¿Cuáles son las características de dichas instancias?
5. ¿Ud está de acuerdo o está en desacuerdo a que se brinden servicios de anticoncepción a nivel del Centro de Salud? ¿Por qué?
6. ¿Qué opinión le merecen los MAC que utiliza el Programa SIM? DIU –ACO– Preservativos. ¿Son suficientes o no –sería importante incorporar otros– son de calidad? ¿Ud. está indicando MAC? ¿Cuáles indica?
7. ¿Qué opinión le merece la anticoncepción de emergencia? ¿Asesora Ud. a las mujeres ante una situación de este tipo? ¿Por qué? ¿Indica su uso?*
8. ¿Podría relatar una situación de consulta en el marco del Programa que le haya planteado algún dilema o situación problemática?
9. ¿Cuál es su ideal de consulta en la cual se abordaría integralmente la salud de las mujeres?
10. ¿Cómo describiría a las usuarias del Programa?
11. ¿Cree que la maternidad tiene un valor diferente entre las mujeres de los sectores populares y otros sectores sociales?
12. ¿Cree Ud. que las mujeres de escasos ingresos interrumpen frecuentemente los embarazos no deseados? ¿Qué opinión le merece esta situación? (conteste positiva o negativamente)
13. ¿Ud. piensa que el Centro de Salud podría desarrollar acciones en Salud Reproductiva dirigidas hacia la población masculina? ¿Cuáles?

* Indicación de uso – Sólo para ginecólogos
Promoción de su uso – Para parteras y enfermeras

**PAUTA ENTREVISTA FOCALIZADA A
DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD**

1. ¿Cuáles son a su entender los objetivos de los Centros de Salud hacia la población usuaria? ¿Y en particular hacia las mujeres?
2. ¿Cuál es su opinión respecto a las expectativas de las mujeres que acuden al Centro? ¿Por qué vienen? ¿Qué esperan encontrar?
3. ¿Qué encuentran y qué no encuentran las mujeres usuarias en este Centro?
4. Ud. piensa que el Centro da respuesta a las necesidades de las mujeres usuarias. ¿Por qué?
5. ¿Qué ha implicado para el Centro la incorporación de un Programa SIM?
6. ¿Cuáles son -desde su perspectiva- los factores (internos y externos) que favorecen su implementación?
7. ¿Cuáles son las mayores dificultades detectadas por Ud. para la implementación del SIM?
8. ¿Cuáles son los principales facilitadores para la implementación del SIM?
9. ¿Por qué piensa Ud. que para muchos técnicos es prioritario desarrollar acciones en la atención materno – infantil, y es secundaria la atención en Salud Reproductiva?
10. ¿Ud. considera que es necesario capacitar a los equipos de salud en temas de Salud Reproductiva? Por qué y en qué tópicos en particular?
11. ¿Cuál es su opinión respecto al papel del varón en las decisiones reproductivas?
12. ¿Ud. piensa que el Centro de Salud podría desarrollar acciones en Salud Reproductiva dirigidas hacia la población masculina?, ¿Cuáles?
13. ¿Cuáles son las acciones que desarrolla el Centro para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres usuarias en particular y de la población usuaria en general?
14. ¿Ud. piensa que un enfoque materno – infantil es excluyente de un enfoque en Salud Reproductiva? ¿Por qué (sí o no)?

INVESTIGACION:
FACTORES VINCULADOS A LA INSERCIÓN DE UN PROGRAMA
DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER
EN EL MARCO DE UN MODELO ASISTENCIAL
MATERNO - INFANTIL.
MONTEVIDEO 2001.

Compromiso ético y
manejo confidencial de la información

En el marco del Proyecto de Investigación: "Factores vinculados a la inserción de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno - infantil. Montevideo 2001.", los abajo firmantes asumimos el compromiso formal de que el uso de la información aportada tanto por la documentación existente en el Programa SIM, como por la recogida a través de los distintos instrumentos en el trabajo de campo, será de estricta reserva y uso a los fines del proyecto de investigación, bajo los criterios éticos de la confidencialidad y anonimato. La misma no determinará intervenciones sobre las realidades individuales, administrativas y/o institucionales.

Los resultados del Proyecto serán recogidos en el Informe Final que incluirá recomendaciones tendientes a mejorar la calidad de atención de las usuarias y el funcionamiento de los Centros. El mismo será oportunamente difundido entre los distintos actores involucrados.

Saludamos atentamente,

*Ps. Alejandra López Gómez
Investigadora Principal
Coordinadora del Proyecto*

Encuesta a usuarias.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

**Tabla 1. Usuarias encuestadas según Centro de Salud.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Centro de Salud	Nº	%
Cerro	257	37.6
Giordano	90	13.2
Piedras Blancas	160	23.4
Santa Rita	122	17.9
Unión	54	7.9
TOTAL	683	100.0

**Tabla 2. Usuarias según Grupo etario.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Grupo etario	Nº	%	f. r. acum.
10 – 19	137	20.1	20.1
20 – 29	321	47.0	67.1
30 – 39	154	22.5	89.6
40 – 49	71	10.4	100.0
TOTAL	683	100.0	

Edad promedio: 26.8 años.

DS: 8.2

**Tabla 3. Usuaris según Nivel de instrucción.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Nivel de Instrucción	Nº	%
Sin Instrucción	1	0.1
Primaria Incompleta	67	9.8
Primaria Completa	204	29.9
Secundaria Incompleta	371	54.3
Secundaria Completa	32	4.7
Terciaria Incompleta	7	1.0
Terciaria Completa	1	0.1
TOTAL	683	100.0

**Tabla 4. Usuaris según Motivo para interrumpir los estudios.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Motivos para interrumpir estudios	Nº	%
Necesidad de trabajar	178	28.2
Terminó estudios	96	15.2
Costo de los estudios	79	12.5
Embarazo. Hijos	69	10.9
Dificultad de aprendizaje	24	3.8
No le gustaba estudiar	7	1.1
Otros motivos	151	23.9
Total que interrumpieron estudios	631	100.0

**Tabla 5. Usuaris según Situación de pareja.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Situación de pareja	Nº	%
Casada	173	25.2
Divorciada	27	4.0
Soltera	162	23.8
Unión libre	312	45.7
Viuda	6	0.9
Sin dato	3	0.4
TOTAL	683	100.0

**Tabla 6. Usuarías según Situación de actividad.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Situación de actividad	Nº	%
Activas	314	46.0
Inactivas	369	54.0
TOTAL	683	100.0

**Tabla 7. Usuarías según Situación de trabajo.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Situación de trabajo	Nº	%
Tiene trabajo fijo	93	13.6
Hace changas	71	10.4
No trabaja y no busca	248	36.4
Desocupada	150	22.0
Jubilada. Pensionista	4	0.6
Ama de casa	116	17.0
TOTAL	683	100.0

**Tabla 8. Usuarías activas según Estado de ocupación.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Activas según estado de ocupación	Nº	%
Ocupadas	164	52.2
No ocupadas	150	47.8
TOTAL	314	100.0

**Tabla 9. Usuarías ocupadas según Periodicidad de pago de su salario.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Periodicidad de pago	Nº	%
Mensual	72	43.8
Quincenal	1	0.6
Semanal	13	8.0
Por día	70	42.9
No corresponde	2	1.2
Sin Datos	6	3.5
TOTAL	164	100.0

Tabla 10. Promedio y rango de ingresos mensuales (en dólares) de usuarias encuestadas activas según situación de trabajo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Situación de trabajo	Nº	Mediana	Media	Rango
		U\$\$	U\$\$	U\$\$
Trabajo fijo	92	75	84	10 – 250
Changas	65	40	45	3 – 160
TOTAL	157		69	3 – 250

Cotización del dólar a junio de 2002: \$28.0

Tabla 11. Usuarias encuestadas activas ocupadas según Tipo de tarea. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tipo de tarea	Nº	%
Doméstica	75	45.7
Oficios (costurera, peluquera, etc.)	11	6.7
Cuidado de personas	9	5.5
Empleada	27	16.4
Vendedora ambulante	16	9.8
Administrativa	2	1.2
Obrera	9	5.5
Profesional, Técnica, Docente	3	1.9
Otras	12	7.3
TOTAL	164	100.0

Tabla 12. Usuarias encuestadas según Principal fuente de ingresos de la familia. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Fuente de Ingresos	Nº	%
Ella misma	91	13.3
La pareja	405	59.4
Ella y su pareja	2	0.3
Otro familiar	170	24.9
Otro no familiar	12	1.8
Sin Datos	3	0.3
TOTAL	683	100.0

**Tabla 13. Usuaris según Tipo de hogar.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Tipo de Hogar	Nº	%
Hogar Compuesto	12	1.8
Hogar Extendido	225	32.9
Monoparental con Hijos	48	7.0
Nuclear con Hijos	371	54.3
Nuclear sin Hijos	25	3.7
Unipersonal	2	0.3
TOTAL	683	100.0

**Tabla 14. Usuaris según cantidad de personas por hogar.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Cantidad de personas por hogar	Nº	%
1 a 3	163	23.9
4 a 5	321	47.0
6 a 7	121	17.7
8 y más	78	11.4
TOTAL	683	100.0

Media: 5 personas por hogar

DS: 2.3

Mediana: 4

Encuesta a usuarias.

2. PERCEPCION SOBRE SÍ MISMAS.

Tabla 15. Usuarias según Percepción de disponibilidad de tiempo libre. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tiempo libre	Nº	%	f. r. acum. %
Sí	371	54.3	54.3
A Veces	170	24.9	79.2
No	142	20.8	100.0
TOTAL	683	100.0	

Tabla 16. Usuarias por Percepción de disponibilidad de tiempo libre según Grupo etario. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Grupo etario	Percepción de Disponibilidad de tiempo libre			
	Sí %	A Veces %	No %	TOTAL %
10 – 19	75.2	17.5	7.3	100.0
20 – 29	51.7	24.3	24.0	100.0
30 – 39	43.5	32.5	24.0	100.0
40 – 49	49.3	25.4	25.4	100.0

N=683

Tabla 17. Usuarias por Percepción de disponibilidad de tiempo libre según situación de actividad. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Situación de Actividad	Disponibilidad de Tiempo libre		
	Sí %	A Veces %	No %
Activas	17.8	29.4	33.8
No activas	82.2	70.6	66.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

N=683

Tabla 18. Usuaris por Percepción de disponibilidad de tiempo libre según tipo de hogar. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tipo de Hogar	Disponibilidad de Tiempo Libre			
	Sí %	A Veces %	No %	TOTAL %
Compuesto	75.0	16.7	8.3	100.0
Extendido	57.8	19.1	23.1	100.0
Monoparental con Hijos	37.5	29.2	33.3	100.0
Nuclear con Hijos	51.5	29.1	19.4	100.0
Nuclear sin Hijos	84.0	12.0	4.0	100.0
Unipersonal	100.0	0.0	0.0	100.0

N=683

Tabla 19. Usuaris según modo de utilización del Tiempo Libre. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Utilización del Tiempo Libre	Nº	%
Descanso	45	6.6
Actividades de autocuidado	162	23.7
Encuentro consigo mismas	246	36.0
Intercambio social	102	14.9
Actividades maternas y familiares	51	7.5
Otras actividades	23	3.4
Nada	19	2.8

N=683

Tabla 20. Usuarías por Grupo etario según modo de utilización del Tiempo Libre. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Utilización del Tiempo Libre	Grupo etario			
	10 – 19 %	20 – 29 %	30 – 39 %	40 – 49 %
Descanso	3.6	7.5	6.5	8.5
Actividades de autocuidado	17.5	22.4	30.5	26.8
Encuentro consigo mismas	46.7	33.6	32.5	33.8
Intercambio social	25.5	15.0	8.4	8.5
Actividades maternas y familiares	8.8	8.1	4.5	8.5
Nada	1.5	2.2	6.5	0.0
Otras actividades	5.8	2.5	2.6	4.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 21. Usuarías por situación de actividad según modo de utilización del Tiempo Libre. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Utilización del Tiempo Libre	Situación de actividad		
	Ocupadas	Desocupadas	TOTAL
Descanso	35.6	64.4	100.0
Actividades de autocuidado	27.2	72.8	100.0
Encuentro consigo mismas	19.1	80.9	100.0
Intercambio social	18.6	81.4	100.0
Actividades maternas y familiares	19.6	80.4	100.0
Nada	26.3	73.7	100.0
Otras actividades	21.7	78.3	100.0

Tabla 22. Usuarías según Auto percepción al compararse con las mujeres de la misma edad. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Auto percepción	Nº	%
Igual	452	66.2
Mejor	119	17.4
Mucho Mejor	9	1.3
Peor	80	11.7
Mucho Peor	2	0.3
No sabe	21	3.1
TOTAL	683	100.0

Tabla 23. Usuarías por Grupo etario según Autopercepción al compararse con mujeres de la misma edad. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Autopercepción	Grupo etario			
	10 – 19 %	20 – 29 %	30 – 39 %	40 – 49 %
Igual	74.5	67.3	59.7	59.2
Mejor	18.2	16.2	21.4	12.7
Mucho Mejor	0.7	1.2	0.6	4.2
Peor	4.4	12.8	14.3	15.5
Mucho Peor	0.0	0.0	0.6	1.4
No sabe	2.2	2.5	3.2	7.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 24. Usuarías por Situación de actividad según Autopercepción al compararse con las mujeres de su misma edad. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Autopercepción	Situación de Actividad	
	Ocupadas %	No ocupadas %
Igual	62.8	67.2
Mejor	18.4	17.1
Mucho Mejor	1.8	1.2
Peor	13.4	11.2
Mucho Peor	0.6	0.2
No sabe	3.0	3.1

Tabla 25. Usuaris según Percepción de Derechos de las mujeres a ser defendidos en el barrio. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Derechos	Nº	%*
No violencia de género	145	21.2
Seguridad ciudadana	42	6.1
Sexuales y reproductivos	34	5.0
Atención a la salud	21	4.5
Igualdad de oportunidades	81	11.9
Otros derechos	34	5.0
Todos	16	2.3
No sabe. No contesta	333	48.8

N=683

* La columna no totaliza 100% porque muchas mujeres señalaron diferentes derechos.

Tabla 26. Usuaris según Percepción de existencia de derechos relacionados con el cuerpo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de Derechos sobre el Cuerpo	Nº	%
Sí	673	98.5
No	4	0.6
No sabe. No contesta	6	0.9
TOTAL	683	100.0

Tabla 27. Usuaris según Percepción de Tipo de Derechos de las mujeres relacionados con el cuerpo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Derechos sobre el Cuerpo	Nº	%*
Autocuidado y autoestima	295	43.2
Información y atención en salud reproductiva	194	28.4
No violencia y coerción sexual	36	5.3
Tener hijos	7	1.0
Otros	30	4.4
No sabe	162	23.7

N=683

* La columna no totaliza 100% porque muchas mujeres señalaron diferentes derechos.

Tabla 28. Usuaris según Percepción de existencia de derechos relacionados con tener o no tener hijos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de Derechos a tener hijos o no	Nº	%
Sí	630	92.2
No	34	5.0
No sabe. No contesta	19	2.8
Total	683	100.0

Tabla 29. Usuaris según Percepción de Tipo de Derechos relacionados con tener o no tener hijos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tipo de Derechos	Nº	%
Ejercicio pleno de la maternidad	46	6.7
Procreación	185	27.1
Número de hijos y espaciamento	234	34.3
No procreación	43	6.3
Otros derechos	12	1.8
No sabe	126	18.4

Tabla 30. Usuaris según Percepción de existencia de derechos relacionados con la vida sexual. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de Derechos sobre vida sexual	Nº	%
Si	564	82.7
No	56	8.2
No sabe. No contesta	63	9.1
Total	683	100.0

Tabla 31. Usuarías según Percepción de Tipo de Derechos de las mujeres relacionados con su vida sexual. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tipo de Derechos	Nº	%
Decidir características y condiciones de las relac. sexuales	256	37.5
Autocuidado	63	9.2
No violencia sexual	44	6.4
Otros derechos	42	6.1
No sabe	185	27.1

Tabla 32. Usuarías encuestadas según Percepción de nivel de importancia de sus derechos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Derechos más importantes	Nº	%
Autocuidado y autoestima	73	10.7
Atención de la Salud	70	10.2
No violencia de género	111	46.3
Procreación y Maternidad	60	8.8
Sexuales y reproductivos	194	28.4
Igualdad de oportunidades	66	9.7
Otros	26	3.8
Todos	49	7.2
No sé. Ninguno	80	11.7

N=683

* La columna no totaliza 100% porque muchas mujeres señalaron diferentes derechos.

Encuesta a usuarias.

3. SATISFACCION CON LOS SERVICIOS DE SALUD.

Tabla 33. Usuarias según antecedente de concurrir a la consulta y no ser atendida. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Antecedente de no ser atendidas	Nº	%
Nunca le sucedió	436	63.8
A veces le sucede	208	30.5
Frecuentemente le sucede	39	5.7
TOTAL	683	100.0

Tabla 34. Usuarias según Personal responsabilizado por irregularidades en la atención. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Personal responsabilizado	Nº	%
Administrativos(as)	220	32.2
Profesionales	150	21.9
Todos(as)/Otros(as)	53	7.8
No sabe / No corresponde	260	38.1
TOTAL	683	100.0

Tabla 35. Usuarias según Antecedente de destrato en el Centro de Salud. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Antecedente de destrato	Nº	%
Nunca le sucedió	537	78.7
A veces le sucede	125	18.3
Frecuentemente le sucede	16	2.3
Sin dato	5	0.7
TOTAL	683	100.0

**Tabla 36. Usuarías según Modalidad de destrato.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Modalidad de destrato	Nº	%
Mala atención en Recepción	52	34.7
Mala atención de Funcionarios(as)	27	18.0
Mala atención de Profesionales	24	16.0
Mala atención en Emergencia	20	13.3
No resolución de problemas	15	10.0
Percepción de malpraxis	5	3.3
Otras	7	4.7
TOTAL	150	100.0

Encuesta a usuarias.

4. PERCEPCIONES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION Y DE LOS SERVICIOS GINECO OBSTÉTRICOS.

Tabla 37. Usuaris según Motivo de concurrencia al Centro de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Motivo de Concurrencia	Nº	%
Consulta pediátrica	283	41.4
Consulta ginecoobstétrica	148	21.7
Medicina General o Especialidades	142	20.8
Emergencia	10	1.5
Otros (trámites, acompañante, otros)	100	14.6
TOTAL	683	100.0

Tabla 38. Usuaris según Percepción de ser conocida en el Centro de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percibe que la conocen	Nº	%
Bastante	260	38.1
Poco	168	24.6
No la conocen	255	37.3
TOTAL	683	100.0

Tabla 39. Usuaris según Antecedente de consulta gineco-obstétrica en los últimos dos años. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Antecedente de consulta gineco- obstétrica	Nº	%
SÍ	459	67.2
NO	224	32.8
TOTAL	683	100.0

Tabla 40. Usuaris consultantes en servicios gineco-obstétricos según profesional de preferencia por buen vínculo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Profesional de preferencia por buen vínculo	Nº	%
Ginecoobstetra	257	56.2
Partera	112	24.5
Ambos(as)	80	17.3
Ninguno(a)	10	2.0
TOTAL	459	100.0

Tabla 41. Usuaris consultantes en servicios gineco-obstétricos según Profesional de preferencia por capacidad de escucha. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Profesional de preferencia por capacidad de escucha	Nº	%
Ginecoobstetra	294	64.2
Partera	111	24.2
Ambos(as)	36	7.9
Ninguno(a)	18	3.7
TOTAL	459	100.0

Tabla 42. Usuaris según Percepción de calidad de comunicación de los(as) profesionales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Calidad de Comunicación	Nº	%
Buena	325	70.8
Regular	93	20.3
Deficiente	41	8.9
TOTAL	459	100.0

Tabla 43. Usuarías según Percepción de ser comprendidas por los(as) profesionales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de ser comprendidas	Nº	%
Frecuentemente	363	79.3
A veces	82	17.9
Nunca	14	2.8
TOTAL	459	100.0

Tabla 44. Usuarías según Percepción de ser respetadas por los(as) profesionales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de ser respetadas	Nº	%
Frecuentemente	428	93.2
A veces	26	5.7
Nunca	5	1.1
TOTAL	459	100.0

Tabla 45. Usuarías según percepción de ser rezongadas por los(as) profesionales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de ser rezongadas	Nº	%
Frecuentemente	29	6.3
A veces	140	30.6
Nunca	290	63.1
TOTAL	459	100.0

Tabla 46. Usuarías según percepción de ser valorizadas por los(as) profesionales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de ser valorizadas	Nº	%
Frecuentemente	363	78.9
A veces	68	14.9
Nunca	28	6.2
TOTAL	459	100.0

Tabla 47. Usuarías según Sentimiento de vergüenza causado por los(as) profesionales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Sentimiento de vergüenza	Nº	%
Frecuentemente	23	5.0
A veces	111	24.2
Nunca	325	70.8
TOTAL	459	100.0

Tabla 48. Usuarías según Experiencia de irrupción de terceros durante la consulta. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Irrupción de terceros	Nº	%
Frecuentemente	28	6.1
A veces	125	27.2
Nunca	306	66.7
TOTAL	459	100.0

Tabla 49. Usuarías según Percepción de alteración de la privacidad de la consulta por déficit de aislamiento acústico. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Percepción de alteración de la privacidad	Nº	%
Frecuentemente	42	9.2
A veces	56	12.2
Nunca	361	78.6
TOTAL	459	100.0

Tabla 50. Usuarías según Centro por Percepción de alteración de la privacidad de la consulta por déficit de aislamiento acústico. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

CENTRO	Percepción de alteración de la privacidad			
	Frecuente	A veces	Nunca	TOTAL
	%	%	%	%
Cerro	2.4	7.1	90.5	100.0
Piedras Blancas	1.0	8.2	90.7	100.0
Santa Rita	1.1	6.5	92.5	100.0
Unión	17.9	35.9	46.2	100.0
Giordano	48.3	26.7	25.0	100.0

Encuesta a usuarias.

5. TRAYECTORIA REPRODUCTIVA.

**Tabla 51. Usuarias según Cantidad de embarazos previos.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Cantidad de embarazos previos	Nº	%	F. r. acum.
0 (nuligestas)	71	10.3	10.3
1-2	267	53.9	64.2
3-4	164	24.0	88.2
5-7	67	9.8	98.0
8 y más	14	2.0	100.0
TOTAL	683	100.0	

Tabla 52. Usuarias según Grupo etario por Promedio de embarazos y desvío standard. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Grupo etario	Nº de embarazos	
	Promedio	D. S.
10 – 19	0.9	0.7
20 – 29	2.1	1.2
30 – 39	3.3	2.0
40 - 49	4.1	2.3
TOTAL	2.3	1.8

N=683

Tabla 53. Usuarías según Cantidad de hijos vivos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Cantidad de hijos vivos	Nº	%	F.r.acum.
0	131	19.2	19.2
1-2	361	52.9	72.1
3-4	136	19.9	92.0
5-7	49	7.3	99.3
8 y más	6	0.7	100.0
TOTAL	683	100.0	

Tabla 54. Usuarías según Grupo etario por Promedio de hijos vivos y desvío standard. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Grupo etario	Nº de hijos vivos	
	Promedio	D. S.
10 – 19	0.6	0.6
20 – 29	1.6	1.1
30 – 39	2.9	1.8
40 - 49	3.5	2.0
TOTAL	1.9	1.6

N=683

Tabla 55. Usuarías según Cantidad de hijos fallecidos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Cantidad de Hijos fallecidos	Nº	%
0	645	94.5
1	30	4.5
2	1	0.1
3	1	0.1
Sin dato	6	0.8
TOTAL	683	100.0

**Tabla 56. Usuarías según Cantidad de abortos provocados.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Cantidad de Abortos provocados	Nº	%
0	673	98.5
1	8	1.2
2	2	0.3
TOTAL	683	100.0

**Tabla 57. Usuarías según Cantidad de abortos espontáneos.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Cantidad de Abortos espontáneos	Nº	%
0	614	89.9
1	48	7.0
2	13	1.9
3	4	0.6
4 y más	4	0.5
TOTAL	683	100.0

**Tabla 58. Usuarías según Cantidad deseada de hijos. Centros de Salud.
SSAE. Montevideo. 2001.**

Cantidad deseada de hijos	Nº	%
0	21	3.1
1 – 2	433	63.4
3 – 4	171	25.0
5 – 7	44	6.4
8 y más	14	1.8
TOTAL	683	100.0

Tabla 59. Usuaris según Grupo etario por Promedio deseado de hijos y desvío standard. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Grupo etario	N° de hijos vivos	
	Promedio	D. S.
10 – 19	2.1	2.4
20 – 29	2.3	1.6
30 – 39	3.0	2.1
40 – 49	3.1	2.4
TOTAL	2.5	2.0

Tabla 60. Usuaris según Satisfacción con la cantidad de hijos que tienen. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

SATISFACCIÓN	N°	%
Desea más hijos	306	44.8
Tiene la cantidad que desea	254	37.4
Desearía menos de los que tiene	123	17.8
TOTAL	683	100.0

Tabla 61. Usuaris por Satisfacción con la cantidad de hijos que tienen según Grupo etario. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Grupo etario	Satisfacción con la cantidad de hijos			
	Desea más %	Igual %	Desea menos %	Total %
10 – 19	70.6	23.5	5.9	100.0
20 – 29	43.7	40.9	15.4	100.0
30 – 39	32.5	41.6	26.0	100.0
40 – 49	26.8	39.4	33.8	100.0
TOTAL	44.8	37.4	17.8	100.0

N=683

Tabla 62. Usuarías por Satisfacción con la cantidad de hijos que tienen según Situación de pareja. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Situación de pareja	Satisfacción con la cantidad de hijos			
	Desea más %	Igual %	Desea menos %	Total %
Casada	30.6	48.0	21.4	100.0
Divorciada	37.0	22.2	40.7	100.0
Soltera	55.9	31.1	13.0	100.0
Unida	47.6	36.9	15.5	100.0

N=683

Tabla 63. Usuarías por Satisfacción con la cantidad de hijos que tienen según Nivel de instrucción. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Nivel de Instrucción	Satisfacción con la cantidad de hijos			
	Desea más %	Igual %	Desea menos %	Total %
Primaria Incompleta	38.8	37.3	23.9	100.0
Primaria Completa	44.8	33.3	21.9	100.0
Secundaria Incompleta	45.9	38.7	15.4	100.0
Secundaria Completa	40.6	46.9	12.5	100.0

N=683

Encuesta a usuarias.

6. USO DEL PRESERVATIVO.

Tabla 64. Usuarias según Frecuencia de uso de preservativos en las relaciones sexuales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Frecuencia de uso de preservativos	N°	%
A veces	51	7.4
Siempre	156	22.8
Nunca	476	69.8
TOTAL	683	100.0

Tabla 65. Usuarias que nunca usan preservativo según Causa aducida. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Causa aducida del no uso de preservativo	N°	%
Usa otro método	273	57.5
Pareja lo rechaza	16	3.4
Usuaría lo rechaza	14	3.0
No tiene relaciones	39	8.3
Otras causas	134	27.8
TOTAL	476	100.0

Tabla 66. Usuarias por Frecuencia de uso de preservativo según Grupo etario. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Grupo Etario	Frecuencia de uso de preservativo		
	A veces %	Siempre %	Nunca %
10 – 19	8.0	27.0	65.0
20 – 29	7.2	22.3	70.5
30 – 39	10.4	21.4	68.2
40 – 49	1.4	19.7	78.9
TOTAL	7.5	22.8	69.8

N=683

Tabla 67. Usuarías por Frecuencia de uso de preservativo según Situación de pareja. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Situación de pareja	Frecuencia de uso de preservativo		
	A veces %	Siempre %	Nunca %
Casada	8.7	19.2	72.1
Divorciada	3.7	22.2	74.1
Soltera	8.6	30.9	60.5
Unida	6.4	20.3	73.3

N=683

Tabla 68. Usuarías que a veces usan preservativo según Causa aducida. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Causas de uso ocasional de Preservativo	N°	%
Usa si no consigue pastillas	13	25.5
No usa si no los tiene a mano	9	17.6
No usa si no los puede comprar	7	13.7
A veces la pareja no quiere usar	7	13.7
Usa según lo días de fertilidad	4	7.8
A veces la pareja no compra	1	2.0
Otras causas	24	47.1

N=51

Tabla 69. Usuarías que siempre usan preservativo según causa aducida. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Causas de uso continuo de Preservativo	N°	%
Para evitar el embarazo	138	89.0
Protección contra enfermedades	60	39.0
Miedo al SIDA	42	27.3
La pareja tiene miedo al SIDA	23	14.9
Otras	10	6.5

N=156

**Tabla 70. Usuarías según Actitud que asumirían ante la negativa de la pareja al uso de preservativo.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Actitud que asumiría la usuaria	N°	%
No mantendría relaciones	354	51.9
Mantendría igualmente relaciones	99	14.5
Otro	4	0.5
No contesta	130	19.0
No corresponde	96	14.1
TOTAL	683	100.0

Encuesta a usuarias.

7. METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Tabla 71. Usuarias según antecedentes de haber utilizado algún método anticonceptivo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Ha utilizado algún MAC	N°	%
Sí	589	86.5
No	86	12.4
No Contesta	8	1.1
TOTAL	683	100.0

Tabla 72. Usuarias con antecedentes de uso de anticonceptivos según tipo de método utilizado. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tipo de método anticonceptivo	N°	%*
ACO	447	75.9
DIU	156	26.5
Preservativo	272	46.2
Ligadura de trompas	5	0.8
Coito interrumpido	7	1.2
Diafragma	1	0.2
Métodos naturales	12	2.0
Otros	3	0.5

N=589

*La columna no totaliza 100% porque muchas usuarias han utilizado más de un método.

Tabla 73. Usuarias según estado gestacional. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Estado gestacional	N°	%
No está embarazada	546	80.0
Está embarazada	123	18.0
No Sabe	14	2.0
Total	683	100.0

Tabla 74. Usuaris sin embarazo confirmado según Uso actual de método anticonceptivo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Uso actual de MAC	Nº	%
Está usando	438	78.2
No está usando	122	21.8
Total	560	100.0

Tabla 75. Usuaris que no usan métodos anticonceptivos según Motivos referidos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Motivos de no uso de MAC	Nº	%
Abstinencia actual	75	61.5
Infertilidad	11	9.0
Inaccesibilidad económica	1	0.8
Inaccesibilidad administrativa	2	1.6
Inaccesibilidad cultural	2	1.6
Deseo de embarazo	10	8.2
Otras	15	12.3
No sabe. No contesta	6	4.9
Total	122	100.0

Tabla 76. Usuaris que usan anticonceptivos según Método seleccionado. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Método anticonceptivo seleccionado	Nº	%*
ACO	131	30.0
DIU	143	32.8
Preservativos	156	35.8
Ligadura de trompas	23	5.3
Coito interrumpido	8	1.8
Métodos naturales	2	0.5
Otros	4	1.3

N=438

*La columna no totaliza 100% porque muchas usuarias han utilizado más de un método.

Tabla 77 - Usuaris por Método anticonceptivo elegido según Grupo etario. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Grupo etario	MAC elegido		
	ACO	DIU	Preservativo
10 – 19	32.4	27.9	50.0
20 – 29	35.6	33.8	34.3
30 – 39	25.2	32.7	35.5
40 – 49	11.1	35.6	22.2

N=438

Tabla 78. Usuaris según Persona con quien elige método anticonceptivo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Persona con quien elige MAC	N°	%*
Pareja	210	48.3
Profesional	157	36.1
Sola	76	17.8
Madre	16	3.7
Familiar	6	1.4
Amiga	4	0.9

N=438

*La columna no totaliza 100% porque algunas usuarias señalan más de una persona.

Tabla 79. Usuaris según Opinión de la pareja sobre el método anticonceptivo elegido. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Opinión de la pareja	N°	%
Frecuente	206	47.2
Ocasional	80	18.2
Nunca	137	31.2
No sabe. No contesta	15	3.4
Total	438	100.0

Tabla 80. Usuaris según Modo de resolución de conflictos vinculados a la anticoncepción. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Modo de resolución de conflictos	Nº	%
Se hace lo que quiere la usuaria	273	62.4
Se hace lo que quiere la pareja	11	2.5
No usan ningún método	7	1.6
Buscan asesoramiento	54	12.2
La usuaria lo resuelve sin que él lo sepa	14	3.2
Otro	84	19.1
Total	438	100.0

Tabla 81. Usuaris según Conocimiento de provisión gratuita de métodos anticonceptivos en el Centro de Salud. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Conocimiento de provisión gratuita de MAC	Nº	%
Sabe	363	53.2
No sabe	301	44.0
Sin dato	19	2.8
Total	683	100.0

Tabla 82. Usuaris según Centro de Salud por conocimiento de provisión gratuita de MAC en el Centro. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Centro de Salud	Conocimiento de provisión gratuita de MAC	
	Sabe %	No sabe %
Giordano	76.7	23.3
Unión	68.5	31.5
Piedras Blancas	54.6	45.4
Cerro	48.8	51.2
Santa Rita	44.3	55.7

N=664

Tabla 83. Usuaris según Decisiones posibles ante un nuevo embarazo. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Decisión posible frente a un nuevo embarazo	Nº	%
Aceptación del embarazo	421	61.6
Pensaría sobre continuar con el embarazo	8	1.2
Interrumpiría el embarazo	43	6.3
Otras	15	2.2
No sabe	54	7.9
No corresponde. No contesta	142	20.8
Total	683	100.0

Tabla 84. Usuaris que aceptarían un nuevo embarazo según Motivos aducidos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Motivos aducidos	Nº	%
No interrumpiría embarazo	192	45.6
Aceptación ante un hecho consumado	110	26.1
Aceptación con satisfacción	61	14.4
Aceptación fatalista	27	6.4
Aceptaría por la pareja	6	1.4
Otras	13	3.1
No sabe por qué	12	2.8
Total	421	100.0

Tabla 85. Usuaris que interrumpirían un nuevo embarazo según motivos aducidos. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Motivos para interrumpir nuevo embarazo	Nº	%
Razones económicas	19	44.2
No desea otro hijo	9	20.9
Por su salud	3	7.0
Porque sí	1	2.3
No sabe	1	2.3
Otras	8	18.6
No contesta	2	4.7
Total	43	100.0

Encuesta a usuarias.

8. ASPECTOS VINCULADOS A LA SEXUALIDAD.

**Tabla 86. Usuarias según Edad de inicio de relaciones sexuales.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Edad de inicio de relaciones sexuales	Nº	%	F.r.Acum. %
< 8 años	1	0.1	0.1
8 – 11	4	0.6	0.7
12 – 15	193	28.3	29.0
16 – 19	392	57.3	86.3
20 – 23	60	8.8	95.1
24 – 27	8	1.2	96.3
28 – 31	3	0.4	96.7
No contesta/No corresponde	22	3.3	100.0
TOTAL	683	100.0	

Edad promedio de inicio: 16.8 años

D. S.: 2.3 años

**Tabla 87. Usuarias según edad deseada de inicio de relaciones sexuales.
Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.**

Edad deseada de inicio de relaciones sexuales	Nº	%	F.r.acum. %
12 – 14	17	2.6	2.6
15 – 17	200	30.8	33.4
18 – 20	322	49.7	83.1
21 – 23	67	10.3	93.4
24 – 26	23	3.5	96.9
27 y más	8	1.3	98.2
No contesta	12	1.8	100.0
TOTAL	649	100.0	

Edad deseada promedio de inicio: 18.4 años

D. S.: 2.6 años

Tabla 88. Usuaris según Concordancia entre edad real y deseada de inicio de relaciones sexuales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Concordancia	Nº	%
Inicio deseado de relaciones más precoz	16	2.3
Inicio deseado de relaciones más tardío	280	40.9
Concuerdan inicio real con inicio deseado	345	50.6
Sin datos	22	3.2
TOTAL	683	100.0

Tabla 89. Usuaris adolescentes según Concordancia entre edad real y deseada de inicio de relaciones sexuales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Concordancia	Nº	%
Inicio deseado de relaciones más precoz	0	0.0
Inicio deseado de relaciones más tardío	70	59.8
Concuerdan inicio real con inicio deseado	43	36.8
Sin datos	5	3.4
TOTAL	118	100.0

Tabla 90. Usuaris según Voluntad de inicio de relaciones sexuales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Inicio	Nº	%
Voluntario	600	87.9
No Voluntario	63	9.2
Sin dato	20	2.9
TOTAL	683	100.0

Tabla 91. Usuaris adolescentes según Voluntad de inicio de relaciones sexuales. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Inicio	Nº	%
Voluntario	111	94.1
No Voluntario	7	5.9
TOTAL	118	100.0

Tabla 92. Usuaris según Interlocutor preferencial sobre temas de su sexualidad. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Interlocutor preferencial	Nº	%
Pareja	218	31.9
Nadie	185	27.2
Madre	124	18.2
Otro familiar	123	18.0
Otro no familiar	79	11.2
Profesionales	17	2.5
Madre y pareja	4	0.6
Otros	2	0.3
No sabe / No contesta	4	0.5

N=683

Tabla 93. Usuaris según Necesidad sentida de interlocutores sobre temas de sexualidad en el Centro de salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Necesidad de interlocutores	Nº	%
SÍ	604	88.6
NO	48	7.0
NS / NC	31	4.4
TOTAL	683	100.0

Encuesta a usuarias.

9. HÁBITOS Y ACTITUDES REFERIDOS A MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

Tabla 94. Usuarias según Tiempo transcurrido desde la realización del último Papanicolaou. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tiempo	Nº	%	F.r.Acum.
Menos de 6 meses	122	17.9	17.9
6 – 12 meses	114	16.7	34.6
13 – 24 meses	93	13.6	48.2
Más de 2 años	105	15.4	63.6
Nunca	249	36.5	100.0
TOTAL	683	100.0	

Tabla 95. Usuarias según Tiempo transcurrido desde el último examen de mamas realizado por médico. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tiempo	Nº	%	F.r. acum.
Menos de 6 meses	162	23.7	23.7
6 – 12 meses	79	11.6	35.3
13 – 24 meses	54	7.9	43.2
Más de 2 años	74	10.8	54.0
Nunca	314	46.0	100.0
TOTAL	683	100.0	

Tabla 96. Usuarias según Tiempo transcurrido desde la realización del último Papanicolaou por grupo etario. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tiempo Transcurrido	Grupo etario			
	10 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49
Menos de 2 años	19.0	56.7	53.9	53.5
Más de 2 años	4.4	10.6	26.0	35.2
Nunca	76.6	32.7	20.1	11.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

N=683

Tabla 97. Usuaris según tiempo transcurrido desde la realización del último examen de mamas por grupo etario. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tiempo Transcurrido	Grupo etario			
	10 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49
Menos de 2 años	29.2	44.2	42.2	67.6
Más de 2 años	3.6	10.6	16.2	14.1
Nunca	67.2	45.2	41.6	18.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

N=683

Tabla 98. Usuaris según Tiempo transcurrido desde la realización de su último autoexamen de mamas. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tiempo transcurrido	Nº	%	% acum.
Menos de 6 meses	268	39.2	39.2
6 – 12 meses	17	2.5	41.7
13 – 24 meses	10	1.5	43.2
Más de 2 años	19	2.8	46.0
Nunca	369	54.0	100.0
TOTAL	683	100.0	

Tabla 99. Usuaris según Tiempo transcurrido desde la realización del último autoexamen de mamas por grupo etario. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Tiempo Transcurrido	Grupo etario			
	10 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49
Menos de 2 años	21.9	43.9	51.3	63.3
Más de 2 años	0.7	3.1	3.2	4.2
Nunca	77.4	53.0	45.5	32.4
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

N=683

Tabla 100. Usuarías según Causas aducidas para la no realización de Papanicolaou. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Causa aducida	Nº	%
Miedo	295	43.2
Postergación personal	185	27.1
No sabe	111	16.2
Desinformación	72	10.5
Falta de tiempo	49	7.2
Vergüenza	47	6.9
El médico no lo indica	13	1.9
Otras	5	0.7

N=683

Tabla 101. Usuarías según Causas aducidas para la no realización de examen de mamas por médico. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Causa aducida	Nº	%
Postergación personal	217	31.8
No sabe	191	28.0
Desinformación	143	20.9
Miedo	88	12.9
Médico no lo realiza	37	5.4
Falta de tiempo	32	4.7
Vergüenza	24	3.5
Otras	14	2.0

N=683

Tabla 102. Usuarías según Causas aducidas para la no realización de autoexamen de mamas. Centros de Salud. SSAE. Montevideo. 2001.

Causa aducida	Nº	%
Postergación personal	210	30.7
Desinformación	202	29.6
No sabe	146	21.4
Miedo	104	15.2
Falta de tiempo	48	7.0
Vergüenza	24	3.5
Médico no lo enseña	9	1.3
Otras	3	0.4

N=683

