

Género y salud. Análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2020). Avances y desafíos pendientes

Gender and health. Analysis of the incorporation of the gender perspective into the National Integrated Health System in Uruguay (2005-2020). Review of progress and pending challenges

Gênero e saúde. Análise da incorporação da perspectiva de gênero no Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai (2005-2020). Progresso e desafios pendentes

Virginia Cardozo Rufo¹

Resumen

El género muestra particularidades que se reflejan en riesgos y vulnerabilidades que afectan la salud de forma diferenciada para hombres, mujeres y disidencias sexuales. Las políticas de salud que no incorporan la perspectiva de género perpetúan inequidades que vulneran el ejercicio del derecho a la salud de las personas. La transversalización de género en las políticas públicas de salud es imprescindible para la igualdad de género en la atención integral de las personas. El problema de investigación se centra en los desafíos pendientes para la transversalización de género presente en la atención a la salud de las personas así como en políticas públicas de salud que se fueron desarrollando. El objetivo de este trabajo es analizar la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay en el período 2005-2020. Los objetivos específicos son: 1) analizar en qué medida se incorporó la perspectiva de género en el marco normativo que conforma el diseño del Sistema Nacional Integrado de Salud en el período estudiado; 2) visibilizar las prioridades políticas vinculadas a la agenda de género en salud en este período de tiempo; 3) identificar los avances y los obstáculos presentes en el Sistema Nacional Integrado de Salud en este período para permitir la transversalización de género en salud. El diseño metodológico propuesto para esta investigación consiste en un abordaje cualitativo con el método de triangulación entre los resultados obtenidos de las técnicas de análisis de contenido del marco normativo del SNIS y entrevistas a referentes calificados.

Palabras clave: Género y salud
Política de salud
Atención integral de salud.

Key words: Gender and health
Health policy
Comprehensive health care

1. Doctora en Medicina (Universidad de la República). Especialista en medicina familiar y comunitaria (Universidad de la República). Magíster en Género y Políticas de Igualdad (Flacso Uruguay).

Correspondencia: Virginia Cardozo Rufo. Correo electrónico: cardozo.virginia@gmail.com

La autora no recibió apoyo de ninguna fuente pública o privada para la realización de este trabajo.

La autora no presenta conflicto de interés a declarar.

Recibido: 22/8/2022

Aprobado: 7/2/22

Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

Introducción

El proceso salud-enfermedad-atención de una persona está influido por sus características personales, por las circunstancias vitales que enfrenta y por el ambiente en el que vive, siendo así determinado por una compleja red multicausal de factores biológicos y sociales⁽¹⁾. Los elementos culturales, económicos e ideológicos son parte de esta red de determinantes de la salud. Por lo tanto, la salud de las personas se ve determinada y condicionada por la biología, la residencia, el trabajo, los hábitos, las normas, los valores, el nivel educativo, la conciencia, la participación en la producción y la distribución de bienes y servicios. Estos determinantes a su vez expresan procesos más generales del modo de vida de la sociedad⁽¹⁾.

El modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) considera que los procesos biológicos están subordinados a los procesos sociales, creando así el concepto de determinante social de la salud. Este modelo incluye factores biológicos y genéticos, factores individuales y estilos de vida, factores comunitarios y de soporte social, acceso a los servicios de salud, condiciones de vida, de trabajo y condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales⁽¹⁾.

El género influye en los estilos y condiciones de vida y en el uso de los servicios de salud de las personas. Cuando hablamos de género estamos haciendo referencia a los hombres, a las mujeres, a las disidencias sexuales y a su relación, incluyendo la asimetría de poder entre estos colocando en un lugar privilegiado a los primeros⁽²⁾. En la vida cotidiana, tanto a nivel individual como comunitario, el género muestra particularidades que se reflejan en riesgos y vulnerabilidades que afectan la salud de forma diferenciada según género⁽³⁾. Es así como se incorpora el género como determinante social de la salud. Este es un aspecto fundamental para comprender cómo las personas viven su salud y cómo se enferman.

Durante los gobiernos progresistas existieron grandes avances en materia de género, como la despenalización del aborto, el matrimonio igualitario y los logros en derechos para las personas trans, lo que hizo que nuestro país sea reconocido mundialmente por su agenda de derechos. El problema de investigación se centra en los desafíos pendientes para la transversalización de género presente en la atención a la salud de las personas así como en políticas públicas de salud que se fueron desarrollando.

Objetivos

General

Analizar la incorporación de la perspectiva de género en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay en el período 2005-2020.

Específicos

- Analizar en qué medida se incorporó la perspectiva de género en el marco normativo que conforma el diseño del Sistema Nacional Integrado de Salud en el período estudiado.
- Visibilizar las prioridades políticas vinculadas a la agenda de género en salud en este período de tiempo.
- Identificar los avances y los obstáculos presentes en el Sistema Nacional Integrado de Salud en este período para permitir la transversalización de género en salud.

Aspectos teóricos

Este trabajo se incorpora dentro de las corrientes teóricas que consideran a los sistemas de género como sistemas de poder, resultado de un conflicto de poder⁽⁴⁾. El concepto de género ha tenido un amplio desarrollo teórico. La historiadora Joan Scott (1996) aporta una definición que supera muchas de las dificultades a las que se enfrentaban las que la precedieron. Para Scott el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder⁽²⁾. Es importante tener en cuenta que el género es una construcción sociocultural e histórica vinculada a lo que cada sociedad, en cada momento histórico, adjudica como vinculado a lo femenino y a lo masculino⁽²⁾.

Las políticas públicas han avanzado en incorporar al género como un problema del desarrollo y han incorporado nuevos marcos conceptuales que surgen para ofrecer diferentes perspectivas en la conceptualización del género en el proceso de elaboración de políticas. Estos marcos buscan virar desde las políticas “ciegas al género” hacia políticas “sensibles al género”, al repensar las prácticas y los conceptos teniendo en cuenta la división sexual del trabajo y basándose en una comprensión diferente de poder e inequidad⁽⁵⁾.

En la Conferencia de Beijing (ONU, 1995) se establece la transversalización de género (TG) o *gender mainstreaming* como estrategia para la igualdad de género a través del análisis de las implicaciones para los hombres y las mujeres de las acciones planificadas y la inclusión de las preocupaciones y experiencias de las mujeres y los hombres como dimensión integral de las políticas y los programas, a fin de que se beneficien igualmente y evitar que se perpetúen las desigualdades⁽⁶⁾. Este concepto se define formalmente en el informe del Consejo Económico y Social de la ONU de 1997 (punto IV.a. 1997), donde se describe como: “El proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos

Tabla 1.

| Documento | Tipo | Nombre | Año |
|---|--|---|------|
| Ley 18.211 | Legislación | Creación del Fondo Nacional de Salud, | 2007 |
| Ley 18.131 | Legislación | Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud | 2007 |
| Ley 18.335 | Legislación | Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de Salud | 2008 |
| Ley 18.426 | Legislación | Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva | 2008 |
| Ley 18.987 | Legislación | Interrupción Voluntaria del Embarazo | 2012 |
| Ley 19.529 | Legislación | Salud Mental | 2017 |
| Decreto 133/005 | Decreto del Poder Ejecutivo | Creación del Consejo Consultivo para la implementación del SNIS | 2005 |
| Decreto 197/005 | Decreto del Poder Ejecutivo | Condiciones para la fijación de cuotas y tasas moderadoras por parte de los prestadores de salud | 2005 |
| Decreto 562/005 | Decreto del Poder Ejecutivo | Exoneración del pago de tasa moderadora para embarazadas y ciertos medicamentos reguladores de Glucemia | 2005 |
| Decreto 2/008 | Decreto del Poder Ejecutivo | Normas sobre el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país | 2008 |
| Decreto 269/008 | Decreto del Poder Ejecutivo | Regula los Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores del SNIS | 2008 |
| Recomendaciones para realizar consejería en VIH con énfasis en poblaciones vulnerables y nuevos algoritmos diagnósticos | Guía de práctica clínica | | 2014 |
| Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño en maternidades | Guía de práctica clínica | | 2015 |
| Pautas de atención a personas con VIH en el primer nivel de atención, | Guía de práctica clínica | | 2016 |
| Guía de práctica clínica de tamizaje de cáncer de cuello uterino | Guía de práctica clínica | | 2014 |
| Guía para el tamizaje del cáncer colo-rectal | Guía de práctica clínica | | 2018 |
| Guía de práctica clínica de detección de cáncer de mama | Guía de práctica clínica | | 2015 |
| Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 | Guía de práctica clínica | | 2017 |
| Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención | Guía de práctica clínica | | 2017 |
| Objetivos sanitarios nacionales | Documento de lineamiento estratégico del MSP | | 2017 |
| Instructivos de metas prestacionales | Documento operativo del MSP | | -- |

los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien

por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros²¹⁽⁶⁾.

La transversalización de género en salud (TGS) implica consideraciones de impactos de género en la salud y la atención de la salud, en todas las etapas de planificación y provisión, incluida la cuestión del acceso a los

Tabla 2. Frecuencia absoluta de palabra género según grupo de documentos (leyes, decretos, GPC, OSN y metas prestacionales) pertenecientes al período 2005-2020.

| | <i>Decretos</i> | <i>Guías</i> | <i>Leyes</i> | <i>OSN y metas</i> | <i>Totales</i> |
|---------|-----------------|--------------|--------------|--------------------|----------------|
| Género | 0 | 15 | 3 | 58 | 76 |
| Hombre | 2 | 88 | 4 | 46 | 140 |
| Mujer | 1 | 235 | 26 | 184 | 446 |
| Varón | 0 | 11 | 1 | 21 | 33 |
| Totales | 3 | 349 | 34 | 309 | 695 |

Fuente: elaboración propia. Montevideo, junio 2021

Tabla 3. Frecuencia absoluta de palabra género en el total de guías de práctica clínica (GPC) y en las guías que no se encuentran en el área de salud sexual y reproductiva (GPC NO SSYR).

| | <i>GPC</i> | <i>GPC NO SSYR</i> | <i>Totales</i> |
|---------|------------|--------------------|----------------|
| Género | 14 | 1 | 15 |
| Totales | 14 | 1 | 15 |

Fuente: elaboración propia. Montevideo, junio 2021

recursos que pueden proteger y promover la salud. También implica un enfoque en las necesidades tanto de mujeres como de hombres y no separar los “proyectos centrados en las mujeres”⁽⁷⁾. Para la Organización Panamericana de la Salud la TGS supone “cambiar las estructuras organizacionales, los comportamientos y las actitudes que pueden dañar el estado de salud general de mujeres y hombres, mediante su participación en la definición y ejecución de prioridades de salud pública. Se trata, por tanto, de un proceso a largo plazo que requiere no solo tiempo, sino también recursos y compromiso”⁽⁸⁾. Los requisitos mínimos para el desarrollo de la transversalidad de género en la salud incluyen la institucionalización de renglones presupuestarios específicos, el fortalecimiento de las capacidades en materia de género y salud, datos desagregados no solo por sexo y edad, planes de monitoreo y evaluación, rendición de cuentas, la participación de organizaciones de la sociedad civil⁽⁸⁾.

Aspectos metodológicos

El diseño metodológico que se propuso para esta investigación consiste en un abordaje cualitativo. En este trabajo se realizó una triangulación metodológica dentro del método, esto es la combinación de dos o más aproximaciones cualitativas en el mismo estudio para evaluar el mismo fenómeno⁽⁹⁾. Se usaron dos aproximaciones cualitativas: el análisis de contenido y la entrevista semiestructurada.

En este trabajo se buscó, en cifras, el peso relativo de las unidades significativas obtenidas de la documen-

tación a analizar. Es un tipo de análisis documental que muestra la relevancia de aspectos específicos en textos. En este caso, se planteó un análisis de contenido de los documentos que dan marco al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se realizó una búsqueda de categorías en el documento que den cuenta de la incorporación de contenido vinculado al problema de investigación. Se utilizó una forma de inferencia para el análisis de contenido del tipo “índices y síntomas”⁽¹⁰⁾. Se realizó un análisis de las categorías basadas en sus frecuencias, sus asociaciones, correlaciones y tabulaciones cruzadas⁽¹⁰⁾. Se realizó un muestreo por conglomerados⁽¹⁰⁾ incluyendo en la muestra los grupos de las leyes, decretos y guías dentro del SNIS.

Se analizaron 26 documentos (seis leyes, cinco decretos y ocho guías de práctica clínica, los Objetivos Sanitarios Nacionales [OSN] y seis instructivos de las metas prestacionales) (tabla 1).

Se realizó lo que Krippendorff llama una lista de extensión, indicando para cada término del material que se toma como fuente la categoría a la que pertenece. Se buscaron en los textos las palabras sexo, hombre, mujer, intersexual, pertenecientes a la categoría sexo biológico, y las palabras, género, hombre, mujer, transsexual pertenecientes a la categoría género.

Se utilizaron en esta investigación entrevistas semiestructuradas. Tomando la clasificación de Hernández Sampieri⁽¹¹⁾ de muestras orientadas a la investigación cualitativa se realizó un muestreo conceptual dirigido, ya que se seleccionaron individuos porque poseen atributos necesarios para la temática a analizar. Se incluyeron en la muestra testimonios de participantes que fueron protagonistas en la rectoría del SNIS en el período estudiado (personas a cargo de secretaría y subsecretaría del Ministerio de Salud en cada período y referente de la temática de género en Ministerio de Salud Pública [MSP] en ese período). Según clasificación de Hernández Sampieri⁽¹¹⁾ se utilizó una metodología de selección de unidad de análisis de “libre flujo”. Técnica de análisis: se utilizó la técnica de procesamiento, corte y clasificación.

Tabla 4. Frecuencia absoluta de la palabra género y sexo por grupo de documentos.

| | Decretos | Guías | Leyes | OSN y metas | Totales |
|---------|----------|-------|-------|-------------|---------|
| Género | 0 | 15 | 3 | 58 | 76 |
| Sexo | 3 | 53 | 2 | 60 | 118 |
| Totales | 3 | 68 | 5 | 118 | 194 |

Se realizó una entrevista a ocho referentes calificados que brindaron su consentimiento informado oral para uso exclusivo de este trabajo, registrado en la grabación de audio de la entrevista:

Cuatro personas ejercieron la secretaría del MSP durante los gobiernos del Frente Amplio. De estas dos pertenecen el sexo femenino y dos al sexo masculino. Sus edades eran 55, 70 y 68 años.

Tres personas ejercieron la subsecretaría del MSP en este período. Entre estas personas, dos corresponden al sexo masculino y una al sexo femenino, y tienen 54 y 68 años de edad.

Se agregó una entrevista a quien fue referente en el área de género en los tres períodos de gobierno, una mujer de 76 años de edad.

Análisis y resultados

El concepto de género como tal en la política pública de salud en el país se incorpora con los gobiernos del Frente Amplio en 2005. Durante el primer período del gobierno frenteamplista se crea el Programa de Mujer y Género, ingresando de esta manera este término formalmente en el MSP. Un aspecto importante de este hito, resaltado por varias de las personas entrevistadas, es que este programa tiene como punto de partida la eliminación del Programa de la Mujer y del Niño, que lo antecedió, con la implicancia de romper con el modelo materno-infantil que concibe a la mujer centralmente en su rol de madre y cuidadora. Esta incorporación no fue fruto de un diseño previo de política pública sino del impulso de militantes feministas que se integraron al gobierno frenteamplista.

Cuando el Frente Amplio gana las elecciones en 2004 se comienza a armar el equipo de gobierno y se inician algunos intercambios de jerarcas designados con militantes feministas frenteamplistas. En este sentido una referente del área de género en el MSP durante los gobiernos frenteamplistas relata su encuentro con uno de los jerarcas del MSP luego de ganadas las elecciones en el 2004:

“...entonces lo esperé y ahí él me dijo que estaba pensando que yo dirigiera el programa de Mujer y Niñez. Entonces yo le dije ‘mirá, Mujer y Niñez no puedo, no puedo ni debo ni quiero. Yo lo que puedo hacer son dos cosas: una decirte primero que la

niñez es lo suficientemente importante como para que haya un programa por los niños y las niñas, que también haya un programa de adolescencia y yo me encargo de salud de la mujer y género’. El palidecía, no sabía de qué le estaba hablando” (entrevista 8).

Es importante para la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas de salud, intentar comprender cuál es la conceptualización sobre esta categoría que presentan quienes lideran la política sanitaria. Al evaluar los datos obtenidos de las entrevistas surge de forma reiterada la asociación del concepto de género con los temas vinculados a las mujeres. Los varones aparecen de forma escasa como referencia en el desarrollo de esta categoría y sin embargo las personas entrevistadas realizan un extenso desarrollo centrado en las mujeres y las políticas dirigidas a ellas.

“Poquito, poco pero se han ido dando pasitos. Hay policlínicas para la atención de mujeres, niñas y adolescentes, para las mujeres, para problemáticas específicas de las mujeres. Creo que se han ido dando pasos que hay que seguir con muchos más” (entrevista 3).

Se puede ver en estas afirmaciones de las personas entrevistadas que la palabra “género” es interpretada como sinónimo de “mujeres”. Es así como en las personas entrevistadas se intercambian fácilmente estas palabras en el discurso sustituyendo una por otra constantemente. Esto se relaciona con la acogida política del término tratando de subrayar la seriedad académica de la intervención al utilizar el término “género” y no “mujer”⁽²⁾. Al utilizar de esta forma el concepto se ajusta a una terminología científica de las ciencias sociales, alejándose de la política del feminismo⁽²⁾. Esta acepción del género no se refiere necesariamente a las relaciones desiguales de poder, evitando caer en planteos que parecen amenazantes⁽²⁾.

Esta forma de comprender la categoría se ve reforzada por los datos obtenidos por el análisis de contenido, que muestran que en el total de los documentos analizados, producidos entre 2005 y 2020 (seis leyes, cinco decretos, ocho guías de práctica clínica [GPC], los OSN y seis instructivos de las metas prestacionales) la palabra género aparece 76 veces, la palabra hombre

140, la palabra varón/varones 33 y la palabra mujer 446 veces. La incorporación del género como sinónimo de mujer puede explicar esta predominancia de la subcategoría mujer dentro de la categoría referida a género. La mayor frecuencia con la que aparece la palabra mujer puede comprenderse desde una mirada androcéntrica que, al considerar lo masculino como pauta de la normalidad o de sujeto universal, la mujer, por ser lo otro, la excepción a esta norma, debe nombrarse explícitamente para estar presente en el discurso. En palabras de Simone de Beauvoir, la mujer es lo inesencial frente a lo esencial, él es el Sujeto, lo Absoluto y ella es lo Otro⁽¹²⁾. Esta predominancia de la palabra mujer tiene el sesgo de que varias de las guías seleccionadas se refieren a aspectos específicos de la salud de la mujer, por ejemplo la guía de tamizaje de cáncer cérvicouterino. Sin embargo, esta mayor frecuencia de la palabra mujer se da también en las Leyes y en los documentos de OSN y metas prestacionales. A su vez, la presencia de varias guías referidas a la salud de las mujeres frente a la escasez de guías de práctica clínica referida a la salud de los varones lleva a realizar la misma inferencia (tabla 2).

Las construcciones sociales de las identidades masculinas y femeninas aparecen de forma poco frecuente en las entrevistas, siendo reiterada la asociación del ser mujer a un mero dato de la realidad biológica independiente de la construcción socio-histórica-cultural que sobre este dato se construye. Aparece, entre quienes ocuparon la secretaría o la subsecretaría del MSP, la necesidad de deconstruir la maternidad como único proyecto de vida de las mujeres como la preocupación emergente en sus discursos. De esta forma los discursos de jerarcas parecen rechazar explicaciones biológicas que generan subordinación femenina como la asociación entre la capacidad de parir con la habilidad de desarrollar actividades de crianza o cuidado de niños y niñas. Se valora la categoría de “madre” como una categoría sexual impuesta sobre un cuerpo sexuado.

“...rompimos con el modelo materno-infantil. Que es un modelo perverso en dos sentidos, en el sentido de que invisibiliza el rol de la mujer... la subsume en su condición de madre y no en su condición de mujer independientemente de su relación, de su vínculo con lo reproductivo.” (entrevista 2).

En cuanto a lo que la sociedad asocia en ese momento histórico con lo masculino aparece, en las escasas intervenciones que hacen referencia a las masculinidades, la necesidad de la participación más activa de los varones en su paternidad y en la crianza de niños y niñas.

“Ahí tenemos una ventana de oportunidad con respecto a la paternidad que es muy importante y que

por problemas de... que tiene que ver con la falta de diseño de políticas basadas en género no promovemos de manera intensiva el involucramiento de varón en el proceso reproductivo.” (entrevista 4).

Se percibe de esta forma, en el discurso de las personas entrevistadas, la necesidad de desacralizar los roles sociales culturalmente asignados a varones y mujeres, en lo relativo a la maternidad y paternidad.

Las relaciones desiguales de poder no aparecen en los discursos de quienes fueron jerarcas del MSP durante los gobiernos del Frente Amplio. Los aspectos sociales y culturales de la categoría género aparecen principalmente como una explicación de las dificultades de avanzar en esta área en la política pública más que un aspecto constituyente de la categoría género o un campo de batalla de la acción política.

En los discursos de ex jerarcas que fueron entrevistados se puede ver adicionalmente la reducción de la experiencia de ser mujer a poseer determinados órganos o determinada anatomía asociada a la capacidad reproductiva. Esta asociación del concepto de género con el concepto de mujer, vinculado a una determinada genitalidad y a la capacidad reproductiva, puede explicar por qué la palabra género aparece en las guías de práctica clínica pero si separamos las guías entre las pertenecientes al área de la salud sexual y reproductiva y las que no, vemos que prácticamente desaparece cuando buscamos esta palabra en el segundo grupo de guías. Esto podría ser fruto de la persistencia de la influencia del modelo materno-infantil que mantiene los temas vinculados a la salud de la mujer reducidos a la esfera de lo reproductivo (tabla 3).

En las entrevistas esto se ve reforzado en la asociación de la salud de las mujeres con la necesidad de acceso a métodos anticonceptivos, cayendo en el riesgo de la responsabilización individual y exclusiva de las mujeres en la anticoncepción en las parejas. Esto sucede ya que no se incorpora un análisis de las relaciones desiguales de poder:

“Nosotros dijimos, muy bien, ¿cómo se lleva anticoncepción? ¿Es un programa? Muy bien, vamos a tener que las mujeres todas, no solo las que van a parir; trabajen con las del barrio para educación sexual, para métodos, para cuando quieras tenerlo, no planificación familiar, maternidad informada y voluntaria... y querida.” (entrevista 2).

A su vez, este enfoque centrado en la genitalidad de la mujer y su capacidad de gestación se ve reflejado en la asociación de la ginecología como la especialidad de referencia para la atención de la mujer en algunas personas entrevistadas, invisibilizando así la necesidad de integralidad en la atención de salud de las mujeres:

“Teníamos muchos ginecólogos que eran clásicos, que eran cirujanos que atendían mujeres y pasamos a tener médicos integrales y bueno y eso sumado a que hacíamos equipos integrales donde los programas dialogaban con el equipo, entonces no solo era el ginecólogo o la ginecóloga, era el ginecólogo con la enfermera.” (entrevista 2).

Si bien se reconoce, en el discurso de esta persona entrevistada, la necesidad de una atención integral, se continúa refiriendo a una especialidad médica formada de forma exclusiva para la atención médica del sistema reproductor de las mujeres. Esta mirada mecanicista del cuerpo femenino que lo separa en partes responde a un paradigma reduccionista que es “fuente de violencia contra la naturaleza y contra las mujeres en la medida en que las subyuga y las despoja de su plena productividad, capacidad y potencial”⁽¹³⁾.

En cuanto a la simbolización del dato biológico en los discursos, toman la dicotomía hombre/mujer como una realidad biológica más que una construcción simbólica y cultural, aparece el ser mujer como algo dado y no sometido a un análisis problematizador de esta categoría. Lo que es considerado como un aspecto biológico impresiona en los discursos asumirse como “verdad natural” no mediada por aspectos sociales, culturales o históricos. El énfasis en la salud reproductiva de la mujer parece reiterar supuestos biológicos de diferencia entre mujeres y hombres⁽⁷⁾.

Esto puede ser una explicación a la hora de analizar la frecuencia con la que aparece la palabra género en relación a la frecuencia con la que aparece la palabra sexo en los documentos analizados (tabla 4).

Vemos así que la frecuencia de la palabra sexo es significativamente superior que la frecuencia de la palabra género. Podemos inferir que esto refleja la predominancia de los aspectos biologicistas que da mayor visibilidad al sexo asignado al nacer que a aspectos de construcción socio-histórico-cultural vinculados al concepto de género.

Podemos inferir de estos datos extraídos que no sólo se asocia la palabra género con mujer, sino que adicionalmente se usa en los discursos como sinónimo de sexo femenino, despojando el concepto de su complejidad socio-histórica y cultural. Este proceso lleva a un uso “frívolo” de la palabra género⁽⁴⁾.

Por lo tanto, es posible interpretar que la separación conceptual entre sexo y género está presente tanto en los discursos como en el marco normativo, pero en los datos obtenidos de ambas fuentes encontramos una predominancia del valor de los aspectos biológicos y por lo tanto de la genitalidad del “sexo”. Los cuerpos son entendidos como cuerpos que nacen ya sexuados, que vienen a este mundo como machos o hembras sin mediar procesos sociales de interpretación en esta

construcción del dimorfismo sexual. Se dan por hecho las categorías y diferencias biológicas y se intenta relacionarlas luego con las variables sociales y culturales, como si estas fueran algo que se añade y no hubiera una retroalimentación en la forma en que se definen unas y otras⁽¹⁴⁾. Es posible ver así un intento de romper con los “determinismos culturales” que asignan modos hegemónicos de entender el binomio varón-mujer, pero persiste el “determinismo biológico” que resguarda las posibilidades en el binomio macho-hembra⁽¹⁵⁾. Para graficar este aspecto es importante recordar las palabras de Judith Butler⁽¹⁵⁾ cuando desarrolla cómo al afirmarse en la interpretación de una ecografía “¡Es una nena!”, “la emisión de dicho enunciado no supone el reconocimiento de una identidad preestablecida sino que produce performativamente la identidad que nombra, en tanto coloca a esa porción de carne humana bajo las regulaciones sociales que las categorías de género presuponen”⁽¹⁴⁾.

Por lo tanto, si bien los gobiernos progresistas incorporan la noción de género en la política de salud, lo hacen desde su concepción más simple de “género” como sinónimo de “mujeres”. En esta acepción género no implica desigualdades y en palabras de Joan Scott (1996) nombra a las mujeres sin nombrarlas y así parece no plantear amenazas críticas. A su vez este concepto de mujer se asocia a una genitalidad específica y a la capacidad reproductiva, por lo tanto con un enfoque esencialista y con determinismo biologicista que lleva a utilizar la palabra género como sinónimo de sexo femenino.

Conclusiones

En 2005 asume por primera vez el Frente Amplio el gobierno nacional y esto fue interpretado por el movimiento feminista en Uruguay como una oportunidad para el avance en la agenda de género en el país. Desde el MSP se apuesta a romper con el modelo materno-infantil en las políticas de salud, que se preocupa por la salud de las mujeres como vectores de la salud de la infancia. Para esto se crea, en esta primera administración frenteamplista, del Programa de Salud de la Mujer y Género. Este programa implica la apuesta a la incorporación de la perspectiva de género en la política de salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Este logro es fruto del trabajo de articulación política de militantes feministas frenteamplistas.

En cuanto a la conceptualización de género, si bien se introduce en la política de salud vemos que este término se interpreta en su forma más simplista, como sinónimo de mujer. A su vez el concepto de mujer se interpreta de forma reduccionista, como asociación a la pertenencia al sexo femenino. Esto dificulta que se incorporen en la concepción de género las construccio-

nes sociales de las identidades de género, las relaciones desiguales de poder y la problematización de las masculinidades. En cuanto a la simbolización del dato biológico vemos que se interpreta la dicotomía hombre/mujer como una “verdad natural” no sometida a intermediaciones sociales.

En las políticas de salud del Frente Amplio, según se desprende del análisis documental y de las entrevistas, los avances en la incorporación de la perspectiva de género se tradujeron en asociar salud y género con la salud sexual y reproductiva, lo que dificulta la inclusión de la perspectiva de género en la integralidad de la atención de la salud de las mujeres reduciendo sus necesidades en salud a los aspectos reproductivos.

Para avanzar hacia la transversalización de género en salud se hace relevante trabajar en la interna del SNIS la conceptualización de género para romper con miradas simplificadoras, que reproduzcan esencialismos y heteronormativas así como desarrollar estrategias para la incorporación de la perspectiva de género en todos los aspectos de la atención a la salud de las personas más allá de las temáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva

Abstract

Gender entails peculiarities which reflect risks and vulnerabilities that affect health in different ways for men, women and sexual non-conformists. Health policies that fail to incorporate the gender perspective perpetuate inequalities that undermine the right to health to which all individuals are entitled. Gender mainstreaming in health public policies is of the essence to achieve gender equality in the provision of comprehensive health care for individuals. The research problem focuses on the pending challenges for gender mainstreaming in the health services available as well as in the health public policies undertaken. The study aims to explore the incorporation of the gender perspective into the National Integrated Health System in Uruguay from 2005 to 2020. The specific objectives are the following: 1) To analyse the extent to which the gender perspective was incorporated in the legal framework that regulates the the National Integrated Health System during the period studied. 2) To highlight the political priorities in connection with the gender agenda during this period of time. 3) To identify progress and obstacles in the National Integrated Health System during this period of time to enable gender mainstreaming in the health context. The methodological design proposed for this research consists in a qualitative approach by means of the triangulation of results obtained in the content analysis techniques applied to the National Integrated Health System regulatory framework and interviews to qualified experts.

Resumo

O gênero apresenta particularidades que se refletem em riscos e vulnerabilidades que afetam a saúde de forma diferenciada para homens, mulheres e dissidências sexuais. Políticas de saúde que não incorporam a perspectiva de gênero perpetuam iniquidades que violam o exercício do direito à saúde das pessoas. A integração de gênero nas políticas públicas de saúde é essencial para a igualdade de gênero na atenção integral às pessoas. O problema de pesquisa centra-se nos desafios pendentes para a transversalização de gênero presentes na atenção à saúde das pessoas, bem como nas políticas públicas de saúde que foram desenvolvidas. O objetivo deste trabalho é analisar a incorporação da perspectiva de gênero no Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai no período 2005-2020. Os objetivos específicos são: 1) Analisar em que medida a perspectiva de gênero foi incorporada ao marco regulatório que compõe o desenho do Sistema Nacional Integrado de Saúde no período estudado. 2) Tornar visíveis as prioridades políticas vinculadas à agenda de gênero em saúde neste período. 3) Identificar os avanços e obstáculos presentes no Sistema Nacional Integrado de Saúde neste período para permitir a integração do gênero na saúde. O desenho metodológico proposto para esta pesquisa consiste em uma abordagem qualitativa com o método da triangulação entre os resultados obtidos a partir das técnicas de análise de conteúdo do marco regulatório do SNIS e entrevistas com referentes qualificados.

Referencias bibliográficas

1. Benia W, coord. Temas de salud pública. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR, 2009.
2. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis. *Op Cit* 2002; (14):9-45. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/opcit/article/view/16994>. [Consulta: 8 agosto 2021].
3. Arenas-Monreal L, Piña-Pozas M, Gómez-Dantés H. Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector. *Salud Pública Méx* 2015; 57(1):66-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100010. [Consulta: 9 agosto 2021].
4. De Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates Sociol* 1993; 18:145-69. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesociologia/article/view/6680>. [Consulta: 19 diciembre 2021].
5. Kabeer, N. Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo. México: Paidós, 1997.
6. United Nations. Department for Economic and Social Affairs. Division for the Advancement of Women. Gender mainstreaming: extract from the Report of the Economic and Social Council for 1997 (A/52/3, 18 September 1997). New York: UN, 1997. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/>

- record/271316. [Consulta: 19 diciembre 2021].
7. Payne S. Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health. *J Int Comp Soc Policy* 2014; 30(1):28-40.
 8. Organización Panamericana de la Salud. Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas. Washington DC: OPS, 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51809/9789275321614_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Consulta: 9 agosto 2021].
 9. Arias Valencia M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Invest Educ Enferm* 2000; 18(1):13-26. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16851/14590>. [Consulta: 9 agosto 2021].
 10. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona: Paidós, 1990.
 11. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGraw Hill, 2014.
 12. de Beauvoir S. El segundo sexo. Buenos Aires: Siglo XX, 1970.
 13. Shiva V. Reduccionismo y regeneración: crisis en la ciencia. Barcelona: Icaria, 1993.
 14. Esteban Mari Luz. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva* 2006; 2(1):9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002&lng=es. [Consulta: 8 agosto 2021].
 15. Mattio E. ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En: Morán Faúndes J, Sgró Ruata M, Vaggione J, eds. Sexualidades, desigualdades y derechos: reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad, 2012:85-102.