

Políticas de salud sensibles al género en Uruguay (2005-2020)

Gender-sensitive health policies in Uruguay (2005-2020)

Políticas de saúde sensíveis ao gênero no Uruguai (2005-2020)

Virginia Cardozo Rufo

Resumen

El género es considerado un determinante social de la salud. La transversalización de género en salud supone cambiar las estructuras organizacionales, los comportamientos y las actitudes que pueden dañar el estado de salud general de mujeres, hombres y disidencias sexuales. El problema de investigación es evaluar el tipo de políticas de salud sensibles al género desarrolladas durante los 15 años de gobierno del Frente Amplio y los avances hacia la transversalización de género 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 examinar las políticas de salud en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay desde el punto de vista de su sensibilidad de género en el período 2005-2020. Los objetivos específicos son: 1) analizar el tipo de políticas sensibles al género desarrolladas en 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
Uruguay
Atención integral de salud
Políticas de salud

Key words: Gender and health
Uruguay
Comprehensive health care
Health policies

Doctora en Medicina, UDELAR. Especialista en medicina familiar y comunitaria, UDELAR. Magíster en Género y Políticas de Igualdad, Flacso Uruguay. Directora de la División Salud de la Intendencia de Montevideo.

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.

Conflicto de intereses: la Dra. Virginia Cardozo es actualmente Directora de la División Salud de la Intendencia de Montevideo

Recibido: 16/4/2022

Aprobado: 26/9/2022

Introducción

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⁽¹⁾. 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⁽¹⁾. 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⁽²⁾. Así se incorpora al género como determinante social de la salud. Este es un aspecto fundamental para comprender cómo las personas viven su salud y cómo se enferman.

El problema público de desigualdad de género abordado en este trabajo es que las políticas de salud que no incorporan la perspectiva de género perpetúan las inequidades que vulneran el ejercicio del derecho a la salud de las personas⁽³⁾. La transversalización de género en salud supone cambiar las estructuras organizacionales, los comportamientos y las actitudes que pueden dañar el estado de salud general de mujeres, hombres y disidencias sexuales⁽⁴⁾.

Durante los gobiernos progresistas existieron grandes avances en materia de género como la interrupción voluntaria del embarazo, 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 es evaluar el tipo de políticas de salud sensibles al género desarrolladas durante los 15 años de gobierno del Frente Amplio y los avances hacia la transversalización de género en la atención a la salud de las personas así como en políticas públicas de salud que se fueron desarrollando.

Objetivos

Objetivo general

Examinar las políticas de salud en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay desde el punto de vista de su sensibilidad de género en el período 2005-2020.

Objetivos específicos

- Analizar el tipo de políticas sensibles al género desarrolladas en el 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

Las políticas son sensibles al género cuando examinan y abordan los resultados esperados relacionados con el género en el diseño y en la implementación⁽⁵⁾. 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⁽⁶⁾.

Las “políticas ciegas al género” son aquellas que no tienen en cuenta el impacto diferencial entre varones, mujeres y disidencias sexuales⁽⁶⁾. Estas son generalmente, de forma implícita, sesgadas y androcéntricas ya que se basan en beneficiar a personas con características supuestamente universales que en general corresponden a características masculinas y tienden a reproducir las desigualdades preexistentes⁽⁶⁾. Las instituciones están generizadas, esto quiere decir que el género no es un agregado a un proceso concebido como neutral al género, sino que es una parte integral de los procesos que no pueden ser completamente comprendidos sin un análisis de género⁽⁷⁾.

La incorporación de la perspectiva de género en los marcos legales es un aspecto de jerarquía para valorar en qué medida se tiene en cuenta este aspecto en el diseño de las políticas, pero esto corresponde al ámbito de la igualdad formal importante que no debe confundirse con la igualdad real o sustantiva⁽⁵⁾.

Entre las “políticas sensibles al género” existen distintos enfoques que conviven y no necesariamente se anulan entre sí. Podemos diferenciar entre estos las políticas hacia las mujeres y las políticas con enfoque de género⁽⁸⁾. Dentro de estas últimas encontramos las políticas de igualdad de oportunidades, las de acción afirmativa y las políticas de transversalidad. Las políticas de igualdad de oportunidades buscan garantizar la posibilidad de acceder a los derechos, parten del reconocimiento de que todas las personas son portadoras de derechos y buscan equiparar las condiciones de partida. Las políticas de igualdad de oportunidades promueven la participación de las mujeres en el ámbito público a través de la revisión de los marcos legales, la formación de las mujeres para desempeñar actividades públicas y la promoción de la conciencia de sus derechos⁽⁸⁾. Las

políticas de acción afirmativa surgen del enfoque de igualdad de trato. El trato es diferencial considerando las desventajas en su peso justo para, de esa forma, desactivarlas. Son acciones afirmativas los procedimientos que procuran garantizar la representación de grupos cuyos atributos adscriptos están socialmente desvalorizados como el género femenino. Están inspiradas en los planteos del Artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Las acciones afirmativas implican una clara política de acceso de mujeres u otros grupos a las instituciones con el fin de asegurar su participación en los procesos de toma de decisión política, al garantizar, como ya fuera mencionado, su mayor presencia numérica en las jerarquías⁽⁸⁾. Finalmente encontramos las políticas de transversalidad de la igualdad de género que proponen la “incorporación sistemática del principio de igualdad de género a todos los sistemas, estructuras, políticas, programas, procesos y proyectos del Estado”⁽⁸⁾. Buscan la “promoción de la igualdad de género mediante su integración sistemática en todos los sistemas y las estructuras, en todas las políticas, los procesos y los procedimientos, en la organización y su cultura, en las formas de ver y hacer”⁽⁸⁾. Este último enfoque surge con fuerza luego de la Conferencia Internacional de la Mujer de la ONU en Beijing en 1995⁽⁸⁾.

En cuanto a los enfoques de planificación y gestión estos pueden ser “explotadores de género” cuando sacan provecho de las normas rígidas de género y el desbalance de poder existente para lograr los objetivos de los programas de salud⁽⁵⁾. Desde la perspectiva de género este enfoque es inaceptable. Pueden ser “acomodadores” cuando “reconocen las normas de género y las desigualdades, y buscan desarrollar acciones para ajustarlas y frecuentemente compensarlas”⁽⁵⁾. Pueden ser “transformadoras” cuando “examinan, cuestionan y tratan de cambiar las relaciones de género y el desbalance de poder para alcanzar la igualdad de género en salud”⁽⁵⁾. Todo proceso de transversalización debe dirigirse hacia la transformación de las desigualdades de género⁽⁵⁾.

Antecedentes

A comienzos de los años 90 cobró visibilidad que los estudios sobre la contribución del sexismo –y no sólo sexo– a los patrones de salud y enfermedad de las personas, eran un fenómeno nuevo pero necesario⁽⁹⁾. Lo que significa, que la historia de la producción científica en la atención sanitaria desde la perspectiva de género es muy reciente. La transversalización de género en las políticas públicas cobró fuerza en 1995 en la Plataforma de Beijing de las Naciones Unidas y la declaración de 1997. Las Naciones Unidas fue una de las principales organizaciones intergubernamentales en institucionalizar

este enfoque aunque en la práctica sus políticas de transversalización estuvieron centradas en programas de empoderamiento para las mujeres y actualmente es liderado por ONU Mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también toma esta plataforma aprobando la estrategia de transversalización de la OMS Europa en 2001 y avalando la propuesta para la transversalización de género en su Asamblea Mundial en 2007. El enfoque de la OMS integra la perspectiva de género en todos sus programas, e incluye un compromiso con la creación de capacidades, la generación de datos desglosados por género e incorporación del género en la gestión y la rendición de cuentas de la OMS⁽¹⁰⁾.

A escala regional de formulación de políticas, la integración de la perspectiva de género ha sido particularmente significativa en la Unión Europea (UE) después del Tratado de Maastricht de 1993, que aumentó atención a la equidad de género en los Estados miembros, y el Cuarto Programa de Acción sobre la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres en 1996. En 1997 el Tratado de Amsterdam “constitucionaliza” la estrategia a través de directivas a los estados miembros sobre discriminación por motivos de género, raza, discapacidad, sexualidad y creencias religiosas. Las áreas de intervención destacadas en la UE para la transversalización de género no están específicamente relacionadas con la salud: actividad económica, participación y representación, derechos sociales, la vida civil y los roles y estereotipos de género⁽¹⁰⁾.

En la práctica, la implementación de la transversalidad de género en contextos de salud ha variado en diferentes escalas y esferas, pero ha incluido políticas para abordar la necesidad de datos desglosados por género, capacitación en género, tanto para profesionales de la salud como para administradores, la inclusión de expertos en género en los consejos de administración y la introducción de herramientas de género, incluyendo en particular el análisis de impacto de género⁽¹⁰⁾. A la hora de evaluar los resultados de estas políticas se encontraron problemas que incluyen una falta de recursos para la transversalización institucional, intransigencia en la cultura organizacional, combinada con la falta de asignación de responsabilidades para la transversalización dentro de la organización. Los logros de la OMS, por ejemplo, incluyen políticas y recomendaciones en relación con riesgos sanitarios específicos, como la violencia de género y el consumo de tabaco, junto con el apoyo a nivel nacional para las iniciativas de salud de la mujer. Sin embargo, una revisión reciente de la OMS de su trabajo sobre género⁽¹⁰⁾ encontró que menos de una cuarta parte de las publicaciones de la OMS utilizaban datos desglosados por género y menos de un tercio de los discursos públicos de la alta dirección de

la OMS se refirió al género, concluyendo que la OMS ha implementado un programa de transversalización de género de gran alcance, pero el impacto en el trabajo diario ha sido limitado⁽¹⁰⁾.

La evidencia del progreso de la incorporación de la perspectiva de género a nivel de países también es mixta. La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas concluyó que desde 1995 los enfoques de integración de la perspectiva de género en la mayoría de los países habían logrado algunos avances en relación a la salud, incluida una mejor identificación de las necesidades específicas de género de las mujeres, mejor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y mejor capacitación en la salud de la mujer y, en algunos países, las políticas para aumentar el acceso de la mujer a los servicios de salud. Sin embargo, la Comisión también identificó una falta de información desagregada por género de los datos, la frecuente incapacidad de las mujeres para pagar los servicios básicos y el hecho de que los responsables de la formulación de políticas son principalmente hombres⁽¹⁰⁾.

Las principales estrategias para la transversalización de género en el área salud han sido abordar los problemas específicos de las mujeres, sus necesidades de salud y especialmente las relacionadas con la salud sexual y los derechos reproductivos. Los problemas de salud de los hombres, que incluyen, por ejemplo, su sustancial mortalidad prematura, lesiones accidentales y no accidentales y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, son menos reconocidos y tratados por organizaciones intergubernamentales y nacionales. Cuando los hombres entran en el paradigma es a menudo como perpetradores de violencia de género. Si bien esta inclusión es importante, la perspectiva de género permanece fija en las consecuencias para la salud de la mujer más que la salud de hombres, mujeres y disidencias sexuales⁽¹⁰⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sintonía con los lineamientos para la igualdad de género definido por la OMS (2002) insta a sus Estados Miembros a eliminar las desigualdades en materia de salud entre las mujeres y los hombres, prestando atención a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes y promoviendo activamente la igualdad entre mujeres y hombres. Para ello solicita que estos incorporen la perspectiva de la igualdad de género en la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas y programas⁽⁴⁾. Este trabajo se alinea con la decisión de Naciones Unidas (1997) de transversalizar la perspectiva de género en todas las políticas y programas.

La OPS reconoce que se han realizado avances para superar las desigualdades de género, sin embargo el

abordaje a la salud que predomina en las políticas de género es el de la salud sexual y reproductiva dejando por fuera importantes temas de la agenda de género y salud⁽⁴⁾.

El Estado uruguayo tiene la responsabilidad de cumplir con las obligaciones asumidas por los acuerdos internacionales para eliminar las desigualdades de género como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), el Programa de Acción de El Cairo (1994), la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y, recientemente, los objetivos acordados a escala internacional y contenidos en la Declaración del Milenio de Naciones Unidas (2000), donde se estableció que “la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer” constituye una de las metas y una condición fundamental para cumplir los otros siete objetivos⁽⁴⁾. A esto se suma la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que prioriza la construcción de una salud sostenible y universal y, para ello, las respuestas ante las inequidades de género en el ámbito de la salud deben ocupar un lugar central⁽⁴⁾ y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) donde el ODS 5 está dedicado a la igualdad de género e incluye la transversalización de género en la meta 5c “Aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas a todos los niveles”⁽¹¹⁾. A nivel regional, los dictados más pertinentes son los de la Convención de Belém do Pará (1994) acerca de la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer y las Cumbres de las Américas, más concretamente la de 2002 que fija las metas para la igualdad de género en la Carta de Quebec⁽⁴⁾. Todos estos acuerdos presentan una lógica de reconocer el atravesamiento de la discriminación hacia la mujer en todos los campos de la sociedad y el requerimiento de respuestas integrales que incluyen al sector salud. Existe por lo tanto una agenda global que compromete al Uruguay a incorporar la perspectiva de género en todas sus políticas públicas. La OPS afirma que a nivel de los países y la región, resulta imprescindible la revisión del marco normativo vigente, las lagunas legales y normativas imprescindibles para la ampliación de derechos y un plan de incidencia para su desarrollo⁽⁴⁾. Al evaluar el desarrollo de las estrategias de transversalización de género en el área salud en la región se puede valorar que existe una fuerte concentración en tres grandes temas: salud sexual y reproductiva, violencia contra las mujeres y VIH/sida. La OPS afirma que se hace necesario promover y apoyar la integración de la perspectiva de género en el desarrollo de todo el ciclo de programación en salud⁽⁴⁾.

A nivel local en materia de género se realizó la consultoría de la Oficina de Planificación y Presupuesto

(OPP) “Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género” realizada por los consultores Alejandra López y Pablo López que tuvo como objetivo presentar un diagnóstico que busca identificar las brechas de género en el campo de la salud, los factores explicativos, patrones de evolución y modelos de relaciones de género que las sustentan analizando las estadísticas nacionales, encuestas e investigaciones sobre brechas en género y salud. Esta consultoría concluye que, para robustecer el desarrollo de políticas en salud transformadoras de las desigualdades de género como determinante estructural de la salud-enfermedad-atención, es necesario incorporar el enfoque de equidad de género y derechos humanos en los distintos planos del proceso de formulación de la política pública, incluyendo los sistemas de información, la organización de los servicios, el monitoreo y seguimiento de la calidad de las prestaciones, las prácticas profesionales y la formación de los recursos humanos de la salud⁽¹²⁾.

La incorporación del enfoque de género en las políticas públicas de salud es un proceso que se inició tímidamente hacia comienzos de la década de los 90 y que está lejos de transversalizar todas las políticas del sector. Se trata de una tendencia que merece destacarse en la medida que progresivamente se ha instalado en las políticas públicas, en particular a través de la creación de mecanismos institucionales para la incorporación del enfoque de equidad de género en todos los campos de la salud⁽¹²⁾.

El cambio del modelo médico hegemónico -de cuño patriarcal- centrado en lo materno-infantil es uno de los imperativos para modificar las tendencias actuales. Ello implica, entre otras cuestiones, incorporar el enfoque de género en la formación de los RRHH en salud y en la organización de la atención sanitaria que favorezca procesos de calidad de atención centrada en los derechos de las personas⁽¹²⁾.

A nivel nacional, las políticas de igualdad de género han cobrado relevancia creciente. La institucionalidad de género, si bien aún es débil, ha logrado permear distintos campos de la política pública. En el caso de las políticas de salud se puede observar una mayor visibilidad del efecto de las desigualdades de género en distintos componentes de la salud de la población, aunque este enfoque no ha logrado permear la visión de todas las políticas que atienden asuntos específicos del estado de salud de la población y sus determinantes⁽¹²⁾.

La OPP en el diagnóstico prospectivo hacia una estrategia nacional de desarrollo llamado “Sistemas de género, igualdad y su impacto en el desarrollo de Uruguay al 2050” determina que las políticas públicas de salud no incorporan suficientemente las diferencias entre las identidades de género en la salud preventiva, los factores de riesgo, los tipos de enfermedades, los

tratamientos y las causas de muerte, con excepción de algunas enfermedades en particular, en las que sí se integran por definición como el cáncer de mama⁽¹³⁾.

La Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030 elaborada por el Consejo Nacional de Género del Uruguay durante el tercer gobierno del Frente Amplio marca en su directriz de política IX.2. la necesidad de “Incorporar el enfoque de género en todas las áreas de la salud”⁽¹⁴⁾. Esta Estrategia es un buen ejemplo de la ampliación de temas de la agenda de género y salud, más allá de los temas referidos a salud sexual y reproductiva. “La IX aspiración estratégica de este plan busca consolidar el Sistema Nacional Integrado de Salud para brindar servicios universales e integrales, desde un enfoque de género transversal aplicable a numerosos temas de la agenda de salud. Entre ellos cabe destacar: el acceso universal a la salud mental (IX1.d.); asegurar el acceso a la medicación adecuada acorde a las necesidades de cada persona; promover la disminución de la prescripción y el consumo de psicofármacos en las mujeres (IX1.h.); garantizar la atención integral a las personas trans mediante el acceso a tratamientos hormonales y de reasignación de sexo para quienes lo decidan (IX1.f.); impulsar desde los equipos de salud la desnaturalización de los estereotipos de género, promoviendo estilos de vida saludables relacionados a los hábitos alimenticios, a la actividad física y al uso del tiempo libre (IX1.c.); incorporar a los programas educativos de salud la temática de género y derechos humanos de manera específica, en todos los niveles y transversalizar la perspectiva de género en todas las asignaturas de la formación técnica y profesional en salud (IX2.a.); promover la formación y la capacitación continua de profesionales y personal de salud en género, diversidad sexual, y dimensión étnico-racial, para una atención humana y calificada (IX2.b.); profundizar la capacitación del equipo de salud del primer nivel de atención para la detección, primer abordaje y derivación de situaciones de violencia de género (IX2.c.); y fortalecer los mecanismos de participación ciudadana, asegurando la participación de las y los usuarios en los ámbitos establecidos en el sistema de salud e instrumentar mecanismos eficientes para recibir propuestas y denuncias que permitan dar respuesta a problemas y lagunas detectadas (IX2.d.). La estrategia también aborda temas de la agenda de género y salud sexual y reproductiva desde enfoques no tradicionales; por ejemplo, resaltando la interseccionalidad para generar mayor acceso a la salud (IX3.b.); asegurando el acceso universal a la atención integral en salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, con o sin discapacidad”⁽¹⁴⁾. Este es un aspecto central ya que en la región de las Américas, de tres enfoques básicos (salud de las mujeres, salud sexual y reproductiva y género y salud),

Tabla 1. Listado de documentos analizados (leyes, decretos, GPC, OSN y metas prestacionales) pertenecientes al período 2005-2020. Fuente: elaboración propia. Montevideo, Junio 2021.

<i>Documento</i>	<i>Tipo</i>	<i>Nombre</i>	<i>Año</i>
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		--

el enfoque de salud empleado en la amplia mayoría de las políticas de igualdad de género es el de salud sexual y reproductiva⁽⁴⁾.

El análisis de la incorporación de la perspectiva de género en el marco legal vigente del SNIS y los vacíos existentes puede ser un aporte para comprender cuál es la situación de la que se parte y por donde avanzar para jerarquizar la incorporación de la perspectiva de género en la atención a la salud.

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⁽¹⁵⁾. 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 documentación 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”⁽¹⁶⁾. Se realizó un análisis de las categorías basadas en sus frecuencias, sus asociaciones, correlaciones y tabulaciones cruzadas⁽¹⁶⁾. Se realizó un muestreo por conglomerados⁽¹⁶⁾ 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, las palabras, género, hombre, mujer, transexual pertenecientes a la categoría género y las palabras transversalización de género, igualdad, equidad pertenecientes a la categoría transversalización de género.

Se utilizaron en esta investigación entrevistas semiestructuradas. Tomando la clasificación de Hernández Sampieri⁽¹⁷⁾ 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⁽¹⁷⁾ 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.

Se realizó 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 perteneces 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

La perspectiva de género implica identificar, responder a las necesidades y riesgos particulares de hombres, mujeres y disidencias sexuales. Entre los y las ex jefes existe en las entrevistas una coincidencia en la afirmación de la existencia de perspectiva de género en las políticas de salud durante los gobiernos frenteamplistas:

Sí, yo creo que en términos generales sí [hubo perspectiva de género]. Lo hubo porque partíamos de una base en el 2005 en donde este tema, la perspectiva de género era solo una consigna callejera, género era igual a hablar de manifestación feminista (entrevista 4).

A la ruptura del modelo materno-infantil se le puede agregar el impacto positivo que tuvo el cambio de modelo de financiamiento al incorporar al núcleo familiar y a las personas jubiladas en el FONASA:

...yo creo que el sistema de salud uruguayo previo a nuestra reforma era un sistema poco feliz para las mujeres, poco atractivo para la atención de las mujeres. No solo porque al no tener la formalización del trabajo debían ir a ASSE sino además porque el sistema no tenía condiciones de atención adecuadas. Entonces, yo creo que el sistema es un sistema que en términos de la desigualdad varones y mujeres, que existe por muchas más razones que de salud, yo creo que salud es de las políticas públicas que más amortiguó esa desigualdad (entrevista 5).

En el modelo previo las mujeres, por su menor presencia en el mercado laboral, mayor informalidad y mayor proporción dentro de las personas jubiladas, debían acceder en mayor medida a la atención en salud a través de lo que era conocido popularmente como el “carné de pobre”⁽¹⁸⁾. La incorporación de los cónyuges y concubinos al sistema es destacable desde una perspectiva de género ya que se estima que un porcentaje alto (71%) eran mujeres⁽¹⁸⁾. A pesar de esto es importante señalar que el ingreso al FONASA sigue siendo principalmente a través del empleo formal de forma directa o indirecta (a través del cónyuge) y esto impacta en que las inequidades en el mercado laboral entre hombres y mujeres se transfieren al sistema de salud. Es así como el prestador público presenta una mayor proporción de mujeres afiliadas al SNIS por fuera del FONASA, lo que les quita la libertad de elegir el prestador de salud⁽¹⁸⁾. A su vez,

Tabla 2. Palabras pertenecientes a la categoría género en las guías de salud sexual y reproductiva y total de las guías analizadas en frecuencia absoluta (FA) y frecuencia relativa (FR). Fuente: elaboración propia. Montevideo, Junio 2021.

Tipo de frecuencia	Guías SSYR * (N=2)	Total guías (N=8)	Guías SSYR*
	FA	FA	FR
Género	13	15	86,67
Hombre	39	88	44,32
Mujer	71	235	30,21
Transexual	3	3	100
Varón	7	11	63,64
Totales	159	405	39,26

* Salud sexual y reproductiva

las mujeres no solamente participan menos del mercado laboral sino que en promedio tienen salarios más bajos. En la medida en que el aporte al sistema implica un porcentaje fijo del sueldo los hombres aportan más en promedio, lo que constituye un mecanismo de solidaridad entre géneros⁽¹⁸⁾.

A su vez es relevante desde una perspectiva de género el acceso de las personas jubiladas al FONASA. La proporción de mujeres en el total de personas jubiladas es algo mayor que la de los hombres, alrededor de 55% en el período 1995-2005, pero el ingreso de los hombres en promedio es mayor que el de las mujeres⁽¹⁹⁾.

Se incorpora de esta forma el género a la política pública en salud, convirtiéndose el gobierno frenteamplista en una oportunidad, para el movimiento feminista, de avanzar en la agenda de género. Pero para esto, de forma paradójica, las feministas tuvieron que trabajar constantemente con las dificultades dentro del sistema. Es importante advertir que esta fuerte dependencia de la acción de las feministas insertas en el MSP que presentan los avances de la agenda de género en salud es una dificultad para el proceso de institucionalización de género en la política de salud y para garantizar su continuidad al ser políticas “persona dependiente”.

El Estado es a su vez un espacio y un conjunto de procesos que envuelven un juego contradictorio de posiciones, representados por y en distintos sectores de la burocracia estatal⁽²⁰⁾. Esto colabora en explicar porque a la interna del SNIS los avances no fueron homogéneos y se describe en las entrevistas como existieron dificultades para que los avances en lineamientos políticos se tradujeran en acciones concretas para la igualdad de género y en especial en los prestadores privados de salud.

Siempre en esto el que tuvo una acción mucho más revolucionaria fue el prestador público por su propia concepción. Y a nivel privado cuando tú decías, en los Objetivos Sanitarios Nacionales, le dábamos a los prestadores a elegir en qué objetivo, en cuales se podían comprometer con la mirada de género y con algunas cosas que no sean... eran muy pocos prestadores los que podían tener un involucramiento en lo que nos sea con la mirada más salubrista, más biologicista en la mirada de la salud (entrevista 7).

Algunas autoras han reflexionado sobre este proceso que lleva, durante los gobiernos frenteamplistas, al pasaje de la temática de género desde la academia hasta las políticas públicas⁽²¹⁾. Este camino no se vio libre de tensiones debido a los diversos intereses en los distintos actores ni fue un proceso lineal⁽²¹⁾. Este recorrido que describen las autoras puede explicar el proceso de incorporación de la perspectiva de género en la política pública de salud durante los gobiernos frenteamplistas producto de esta interacción entre academia, movimiento de mujeres y actores gubernamentales.

Políticas hacia las mujeres

Al analizar las políticas de salud vinculadas al género referidas por las personas entrevistadas se puede ver la fuerte asociación de políticas de género como políticas hacia las mujeres. Una de las primeras que aparecen son las políticas hacia las mujeres que sufren violencia basada en género:

En el cambio de modelo se trabajó también mucho, se trabajó con todo lo que tenía que ver con políticas de género pero fundamentalmente, más que nada encarados hacia la violencia doméstica y apareció en la historia clínica, la hoja, que sobre todo los médicos varones se negaban a llenarla (entrevista 3).

La OMS define a la violencia como un problema de salud pública y reconoce que la violencia de género es fuente de daño físico y mental para las mujeres y para niñas y niños y menoscaba o anula el pleno goce de los derechos humanos y las libertades individuales⁽²²⁾. Esta insta a que los sistemas de salud den respuesta a la violencia, en particular la ejercida contra mujeres, niños y niñas⁽²²⁾. Es así como el sistema de salud en Uruguay, en sintonía con los lineamientos internacionales, deja de ver la violencia de género como un espectador o un reparador de los estragos provocados por esta, convirtiéndose en un problema de salud en sí mismo que debe ser asistido y prevenido⁽²³⁾. Esto es una conquista que lleva a crear métodos diagnósticos y de atención en los servicios de salud. Sin embargo, es importante analizar de qué forma se construye esta respuesta en nuestro país ya que al desarrollarse en un sistema de salud que

Tabla 3. Frecuencia absoluta de palabras de la categoría transversalización de género en salud según grupo de documentos. Fuente: elaboración propia. Montevideo, Junio 2021.

	Decretos	Guías	Leyes	OSN y metas	Totales
Equidad	0	1	2	35	38
Igualdad	0	2	1	11	14
Transversalización de género	0	0	0	0	0
Totales	0	3	3	46	52

no incorpora aún las relaciones de poder desiguales en su concepción de género corre el riesgo de condenar la violencia doméstica sin condenar las causas que la producen⁽²⁴⁾. Diferentes problemáticas sociales pasan a ser consideradas problemas de salud y abordadas por el sistema sanitario, pero al hacerlo se despoja a esta problemática de su complejidad social. Esta medicalización de la violencia de género puede llevar a perder de vista la pluridimensionalidad de este fenómeno y de caer en sesgos patologicistas y biologicistas del problema sin tener en cuenta sus componentes sociales, históricos y culturales⁽²³⁾. Este enfoque se centra en la mujer individual y su “patología” y no en las estructuras sociales que apoyan o aprueban la opresión de la mujer⁽²⁵⁾. Para evitar esto se debe “poner en contexto el maltrato y relacionar el abuso de la mujer con cuestiones más generales de subordinación de género, relaciones de poder y violencia en vínculos íntimos”⁽²⁵⁾. La mirada carente de complejidad a su vez impide que el sistema de salud problematice su propio rol como participe en la producción de la violencia de género⁽²³⁾.

Luego en los discursos aparece con mucha fuerza la igualación de las políticas de género con las políticas de salud sexual y reproductiva. Todas las personas entrevistadas hicieron referencia de forma reiterada al avance importante en materia de género en el área de salud sexual y reproductiva:

En el derecho a la anticoncepción y a la planificación familiar bueno se... en nuestro gobierno se avanzó muchísimo en cuanto a las prestaciones gratuitas de todos los sistemas anticonceptivos. Se incorporó el implante y el DIU al sistema con cuotas muy bajas y llegamos a la oferta universal (entrevista 4).

Al analizar los contenidos de los documentos seleccionados vemos que este aspecto puede verse reforzado no solamente por la alta frecuencia con la que aparece la palabra mujer (tabla 2), sino también por el hecho de que las palabras vinculadas al género aparezcan con mayor frecuencia en las guías vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Esto lo vemos reflejado al analizar la frecuencia en la que aparece la palabra género en las guías vinculadas a la salud sexual y reproductiva ya que de las 15 veces que aparece en total la palabra género

en las ocho guías de práctica clínica seleccionadas 13 corresponden a las dos guías vinculadas a esta área temática. En cuanto a los documentos correspondientes a leyes marco del sistema vemos que en el total de las seis leyes seleccionadas la palabra género aparece tres veces, dos de estas menciones corresponden a la Ley 18.426 de Defensa al Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva.

Los derechos sexuales y reproductivos son imprescindibles para la autonomía física de las mujeres y esta fue el área programática en la política de salud en la que más se avanzó durante los gobiernos frenteamplistas en cuanto a la perspectiva de género con una amplia agenda de leyes y programas. Estos logros de enorme magnitud corren el riesgo de llevar al error interpretativo de considerar la perspectiva de género en salud como sinónimo de la salud sexual y reproductiva si no se transversaliza este enfoque a todas las áreas de la atención de salud de las personas apostando a la integralidad.

En las entrevistas predominaban los aspectos vinculados a los derechos reproductivos por sobre los derechos sexuales. Estos últimos apuestan al disfrute de una vida sexual satisfactoria y no vinculada necesariamente con la procreación. Si bien la salud sexual y reproductiva es parte de la agenda feminista, no debe asumirse que esta por sí misma garantiza la perspectiva de género. Se debe incorporar el objetivo de la equidad y la igualdad de género como condición necesaria para que las mujeres puedan tomar las decisiones y atender su propia salud sexual y reproductiva⁽²⁶⁾. Por esto se debe apostar a modificar las condiciones de subordinación que impide que sean sujetos activos de sus decisiones para su vida. A su vez, la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva debe tener en cuenta la salud de varones y disidencias sexuales e implica cuestionar las masculinidades hegemónicas y problematizar roles y estereotipos de género⁽²⁶⁾. En este sentido es importante destacar que en el total de las guías las de salud sexual y reproductiva se llevan un alto porcentaje de las palabras de las categorías género en especial de las palabras varón, transexual y género de lo cual podemos inferir que la perspectiva de género ha logrado permear en esta línea programática de la política de salud.

A pesar de esto, la fuerte asociación que vemos

en los datos analizados entre género como sinónimo de mujer y políticas de género como sinónimo de salud reproductiva corre el riesgo de que la agenda de género en salud se traduzca en una readecuación del discurso médico maternalista. Este discurso surge a fines del siglo XIX en Uruguay y redefine, en dicho momento histórico, la maternidad como el rol principal de las mujeres⁽²⁷⁾. Este enfoque ha sido históricamente instrumentalista al centrarse en la mujer en su rol reproductivo-maternal viéndose la salud de la mujer como un vector para la salud de otros. Por esto desde una perspectiva de género es importante marcar cómo los indicadores y las metas prestacionales siguieron centrándose en el recién nacido, en el embarazo y el parto⁽¹⁸⁾. Sin embargo, no existieron indicadores o metas prestacionales vinculadas al rol de los hombres en estas etapas⁽¹⁸⁾.

Políticas de transversalidad de género

El concepto de la transversalidad de género fue apareciendo de forma gradual en las políticas de salud de los gobiernos frenteamplistas. En los discursos de jerarcas aparece de distintas formas. Por un lado aparece la referencia de políticas de gobierno intersectoriales vinculadas al género donde el Consejo Nacional de Género existente en el tercer período de gobierno aparece como una herramienta de gran importancia:

A mí me parece que se hicieron cosas sí, pero quizás el esfuerzo y la fuerza no fue acompañada de una institucionalidad o un diseño programático más fuerte que en la organización desde la que participábamos en el Consejo de Género. Participábamos de acciones que cada uno de los programas tenían que implementar con esa mirada de género en ese trabajo pero yo creo que nos faltó, y siempre eran casi sin recursos sostenidos por personas que sí sostenían ideológica y políticamente que eso tenía que ser transversalizados en todos los programas a implementar por parte de la política de salud (entrevista 7).

En el tercer período de gobierno aparece con mayor fuerza la transversalidad de género su incorporación de los Objetivos Sanitarios en Salud:

... pero logré una cosa cuando se terminó ese período y cuando se presentaron los Objetivos Sanitarios que fue en el período siguiente, (...) se logró que se dijera explícitamente que la equidad de género transversaliza todos los objetivos sanitarios. Se logró que se dijera pero viste que hay que estar porque declararlo no es lo mismo que colocarlo (entrevista 8).

Al analizar los contenidos del documento de OSN se encuentra la siguiente frase que puede asociarse con

esta afirmación de la persona entrevistada: “Se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando los diferenciales vinculados al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.”

En general quienes se refirieron a la transversalización de género en salud en las entrevistas coincidieron en que es el gran tema pendiente que deja el Frente Amplio en cuanto a políticas de género en salud:

...[el gran pendiente es] este que hablamos, el haber tenido una hoja de ruta más clara para permeabilizar todas las acciones del sistema y las instituciones con una perspectiva de género. Como que la perspectiva de género quedó circunscripta al área de derechos sexuales y reproductivos y no permeó hacia el resto de las políticas de gestión, de acción en diferentes niveles de ciclo de vida que ahí fue la deuda por lo menos del gobierno nuestro (entrevista 4).

Por lo tanto podemos afirmar que en los gobiernos frenteamplistas se avanzó en políticas hacia las mujeres incorporando recién en el último período, aunque de forma más retórica que práctica, el concepto de políticas transversales de género en salud. Una referente de género de los gobiernos frenteamplistas afirma sobre esto:

Mira, el sistema lo ha incorporado [al enfoque de género] en algunas cosas concretas. Por ejemplo el acompañante que la mujer elija en la cesárea, tener anticonceptivos, hacer los exámenes obligatorios. Todo esto salió de este período, de los períodos en que yo estuve. La mamografía obligatoria, el papanicolau... pero no pueden concebirlo en general ¿entendés? lo conciben ubicado, en tal cosa, esto lo hacemos “esto es equidad de género te dicen” (entrevista 8).

Las personas entrevistadas coinciden en afirmar que los tres períodos de gobierno frenteamplistas tuvieron logros para el avance en la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud. El primer gobierno del Frente Amplio es el que incorpora este aspecto a la política pública en salud creando la Comisión de la Mujer y Género, apostando a superar el modelo materno-infantil previamente existente y con la aprobación de la Ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva como el gran hito en este período. En el segundo período de gobierno existió una gran profundización de las políticas en salud sexual y reproductiva y la inclusión de la perspectiva de género en estas, con el gran hito de la aprobación de la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en el 2012. En el tercer gobierno frenteamplista la aparición del concepto de transversalización de género por vía de los Objetivos Sanitarios

Nacionales fue un avance conceptual importante con el descenso del embarazo adolescente colocado como el hito de este período.

Al analizar las palabras vinculadas a la categoría “transversalización de género en salud”, vemos que la palabra equidad aparece 38 veces en los documentos, la palabra igualdad 14 veces pero no aparece ninguna vez la expresión transversalización de género (tabla 3).

El hecho de que la equidad y la igualdad sean preocupaciones que aparecen en los documentos marco del SNIS es un terreno favorable para el avance en la incorporación de la perspectiva de género en la salud. Al compartir el marco de derechos podríamos afirmar que para avanzar en el camino hacia la equidad y la igualdad es necesario incorporar la perspectiva de género en las políticas de salud ya que el sistema será equitativo si hombres, mujeres y disidencias sexuales tienen acceso igualitario a los recursos públicos y privados de salud de acuerdo a sus necesidades y no según su género.

Conclusiones

El SNIS fue la principal política pública en salud llevada adelante por los gobiernos frenteamplistas. Existe coincidencia entre quienes fueron jefes del MSP en que se incorporó la perspectiva de género en esta política. El cambio de modelo de financiamiento tuvo un impacto positivo en aspectos de igualdad de género.

El vínculo entre el ámbito académico, que tiene un fuerte desarrollo teórico sobre género, y el gobierno frenteamplista genera un clima propicio para incorporar la sensibilidad de género en la política de salud. Esta temática permea así en los gobiernos frenteamplistas pero no sin conflicto y fruto de la militancia insistente de activistas feministas dentro del gobierno. Esta sensibilidad no fue homogénea dentro del sistema, el principal prestador público de salud, ASSE, tuvo un mayor liderazgo en la sensibilidad de género con mayores dificultades para su incorporación en los prestadores privados de salud.

La incorporación de la sensibilidad de género en el SNIS se tradujo principalmente en el desarrollo de políticas de salud hacia las mujeres. En este aspecto se deben destacar las acciones para el abordaje de la violencia de género.

Otra de las áreas temáticas que se enfocó como políticas hacia las mujeres fue la salud sexual y reproductiva. Se puede afirmar que el avance en la agenda de derechos sexuales y reproductivos fue uno de los grandes logros de los gobiernos frenteamplistas con una amplia gama de avances legislativos y programáticos. La fuerte asociación de la perspectiva de género como sinónimo de salud sexual y reproductiva puede ser una limitante a la hora de apostar a la transversalización de género en salud. A pesar de esto los avances logrados

en salud sexual y reproductiva constituyen un acumulado importante en política pública con perspectiva de género que permite una interesante base de partida. En cuanto a la salud sexual y reproductiva el mayor énfasis estuvo en los aspectos reproductivos más que en los sexuales.

La transversalización de género en salud aparece como un concepto prioritario para la agenda de género en salud recién en el tercer período de gobierno. A pesar de las dificultades descritas en cuanto a la sensibilidad de género, el SNIS con sus componentes de cambio de modelo de financiamiento, gestión y de atención constituye un campo fértil para la transversalización de género en salud. Esto es posible gracias a un horizonte común entre ambas agendas de igualdad, equidad y justicia social.

Este trabajo se ve limitado en su alcance por dedicarse a examinar al sector salud, sin incluir otros actores influyentes en la política pública en salud como las organizaciones sociales vinculadas a la temática o a referentes de la rectoría en la política de género que es el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) del Ministerio de Desarrollo Social. Futuras investigaciones que amplíen este aspecto podrán complementar y subsanar esta limitación.

Summary

Gender may be considered a social determinant of health. Gender mainstreaming in health supposes changing the structure of organizations as well as the behavior and attitudes that may harm the general health condition of women, men and sexual dissidences. The research problem consists in assessing the kind of gender-sensitive health policies developed over the 15 years of Frente Amplio's administration, and the progress made towards gender mainstreaming in health care services for individuals, and health policies implemented. The study aims to explore health policies within the National Integrated Health System in Uruguay, from a gender-sensitive perspective between 2005-2020. Below follow specific objectives: 1) To analyze the type of gender-sensitive policies developed within the National Integrated Health System during the period studied. 2) To make visible the political priorities in connection with the gender agenda in health for the above mentioned period. 3) To identify progress made and barriers found in the National Integrated Health System during this period to enable gender mainstreaming in health. The methodological design proposed for this study employed a qualitative approach with the triangulation method, using the results obtained from the content analysis techniques in the National Integrated Health System's regulatory framework and interviews to qualified references.

Resumo

O gênero é considerado um determinante social da saúde. A integração do gênero na saúde supõe a mudança das estruturas organizacionais, comportamentos e atitudes que podem prejudicar o estado geral de saúde de mulheres, homens e dissidências sexuais. A proposta da pesquisa é avaliar o tipo de políticas de saúde sensíveis ao gênero desenvolvidas durante os 15 anos de governo do Frente Amplo e os avanços na integração do gênero na atenção à saúde das pessoas e nas políticas públicas de saúde que foram desenvolvidas. O objetivo deste trabalho é examinar as políticas de saúde do Sistema Nacional Integrado de Saúde no Uruguai do ponto de vista de sua sensibilidade ao gênero no período 2005-2020. Os objetivos específicos são: 1) Analisar o tipo de políticas sensíveis ao gênero desenvolvidas no 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.

Bibliografía

1. 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: 24 setiembre 2021].
2. 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&lng=es [Consulta: 12 abril 2021].
3. Gomez Gomez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(5/6):454-61. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8729?locale-attribute=es> [Consulta: 24 setiembre 2021].
4. Organización Panamericana de la Salud. Transversalización de género en salud: avances y desafíos en la Región de las Américas. Washington: OPS, 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51809> [Consulta: 24 setiembre 2021].
5. Dinyes L. Incorporación de la perspectiva de género en programas, proyectos y políticas de salud. Washington: OPS, 2011.
6. Kaber N. Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo. México DF: UNAM, 1999.
7. Acker J. Hierarchies, jobs, bodies: a theory of gendered organizations. *Gender Soc* 1990; 4(2):139-58. Disponible en: <http://www.csun.edu/~snk1966/J.%20Acker%20Hierarchies,%20Jobs,%20Bodies%20-%20A%20Theory%20of%20Gendered%20Organizations.pdf> [Consulta: 16 febrero 2022].
8. Rodríguez Gustá AL. Las políticas sensibles al género: variedades conceptuales y desafíos de intervención. *TyD* 2013; (16):109-29. doi: 10.35305/tyd.v0i16.75.
9. Krieger N, Rowley DL, Herman AA, Avery B, Phillips MT. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am J Prev Med* 1993; 9(6 Suppl):82-122.
10. Payne S. Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health. *J Int Comp Social Policy* 2014; 30(1):28-40. doi: 10.1080/21699763.2014.886609.
11. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible; 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/> [Consulta: 12 abril 2021].
12. López A, López P. Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género. Montevideo: OPP, 2016. Disponible en: http://200.40.96.180/images/G%C3%A9nero_con_foco_en_salud.pdf [Consulta: 15 setiembre 2021].
13. Oficina de Planificación y Presupuesto. Sistemas de género, igualdad y su impacto en el desarrollo de Uruguay. Montevideo: OPP, 2018. (Serie de divulgación, 6). Disponible en: https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/8_Escenarios%20prospectivos.Sistemas%20de%20g%C3%A9nero%20%20igualdad%20y%20su%20impacto%20en%20el%20desarrollo.pdf [Consulta: 3 setiembre 2021].
14. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Consejo Nacional de Género. Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030. Montevideo: MIDES, 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/1941> [Consulta: 24 setiembre 2021].
15. Valencia M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Inves Educ Enferm* 2000; 18(1):13-26. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16851/14590> [Consulta: 12 abril 2021].
16. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós Comunicación, 1990.
17. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. México DF: Mc Graw Hill, 2014.
18. Rodríguez S, Perazzo I. Reformas en el Uruguay: una mirada desde la perspectiva de género. Montevideo: CEPAL, 2009. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5028/1/S2009417_es.pdf [Consulta: 27 marzo 2021].
19. Uruguay. Banco de Previsión Social; Santos S. Algunos indicadores de género vinculados a la seguridad social. 2008. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1643/1/algunos-indicadores-de-genero-vinculados-a-la-seguridad-social.-s.-santos.pdf> [Consulta: 24 setiembre 2021].
20. López Caldera A. Movimiento de mujeres, estado, política y poder: lecturas feministas de la política pública de género en la Venezuela bolivariana. Buenos Aires: CLACSO, 2015. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D10754.dir/INFORMEFINAL-CORREGIDO.pdf> [Consulta: 24 setiembre 2021].

21. Aguirre R, Batthyány K, Genta N, Perrotta V. Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *Íconos: Rev Cien Soc* 2014; (50):43-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4823317> [Consulta: 3 setiembre 2021].
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMH_?sequence=1 [Consulta: 24 setiembre 2021].
23. de Souza Minayo MC. Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida. *Salud Colectiva* 2005; 1(1):69-78. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110105> [Consulta: 24 setiembre 2021].
24. Herrera Sormanó T. ¿Cambios en la Legislación? ¿Cambios en la vida cotidiana? La pragmática del discurso acerca de la Violencia Doméstica en Uruguay. Montevideo: Facultad de Comunicación Universidad ORT, 2014. Disponible en: <https://beta.cotidianomujer.org.uy/wp-content/uploads/attachments/T%20Herrera%20-%20DebateFeminista2014.pdf> [Consulta: 24 setiembre 2021].
25. Schneider E. Mujeres maltratadas y la elaboración de leyes feministas: definición, identificación y desarrollo de estrategias. En: Di Corleto J comp, Bramson K, Estrich S, Mackinnon C, Schneider E. Justicia, género y violencia. Buenos Aires: LIBRARIA, 2010.
26. Ramos Padilla M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2006; 23(3):201-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010 [Consulta: 24 setiembre 2021].
27. Osta L, Espiga S. Maternidad, medicina e higienismo en los manuales médicos. Montevideo segunda mitad del siglo XIX. *Rev Hist Bilros* 2018; 6(13):102-19. Disponible en: <http://seer.uece.br/?journal=bilros&page=article&op=view&path%5B%5D=3509> > [Consulta: 24 setiembre 2021].