Programa Nacional de Salud de la

Mujer y Género

Ministerio de Salud Pública

Uruguay

Integrante de la **Dirección General del Salud**

dependiente de la División Salud de la Población

Mayo 5 de 2005

URUGUAY

1. Introducción

Antecedentes

Aunque las mujeres son la mayoría de las usuarias del sistema de salud en el país, tanto su atención como los procedimientos relativos a la prevención de enfermedades así como su responsabilidad como ciudadanas, las han incorporado históricamente en su rol reproductivo. Es así que este programa fuera anteriormente creado para las normativas relacionadas al binomio madre-hijo.

En la medida que nuestro país fuera incorporando nuevos conceptos con el asesoramiento de las agencias de cooperación internacional, el sistema de Naciones Unidas, las firmas de compromisos de conferencias internacionales sobre estos temas así como convenciones regionales, y la escucha a las propuestas del movimiento de mujeres, este programa fue acompañando esta reconceptualización y denominanó en el anterior período Mujer y Niñez a este programa.

En la actualidad, atendiendo a equidad y derechos, hay una necesidad mayor que normas, campañas, programas y marcos teórico-prácticos referidos a la atención de uruguayos y uruguayas, puedan revisarse y planificarse en un enfoque de género. El mismo registra que las mujeres en algunas situaciones socio-económico-culturales vivan en situaciones de inequidad por lo cual urge desarrollar políticas públicas de salud que atiendan específicamente esos derechos en todas las etapas de sus vidas y sin discriminación alguna.

También esta concepción, enfocada desde el concepto de género plantea una revisión de los roles tradicionales asignados a hombres y mujeres, por lo cual dicha transformación cultural también considere una nueva perspectiva masculina que, a nivel de la salud pueda ser normatizada.

Dentro de áreas a tomar en cuenta en el Programa Mujer y Género, tendrán que incluirse aspectos que atiendan la discriminación de clase social, raza, etnia, opción sexual, capacidades diferentes, religión, género y generación, que serán ejes transversales de cada una de ellas.

Aunque los conceptos sobre la salud de la mujer pueden abordar aspectos biológicos y anatómicos o bien considerar dimensiones tales como los derechos humanos y la ciudadanía, lo cierto es que una concepción integral sobre la salud de la mujer no debería limitarse a la ausencia de enfermedad asociada a procesos de reproducción biológica.

Sin embargo y a pesar de los avances hacia otras definiciones este concepto queda limitado a la salud reproductiva y no incluye a la salud como dolencia en una perspectiva epidemiológica y social que fue discutida al final de los años sesenta.

Las desigualdades sociales, económicas y culturales se revelan en el proceso de enfermar y morir de los grupos humanos y de cada persona en particular de manera diferente.

Hay indicadores de salud que expresan que los grupos humanos expuestos a condiciones precarias de vida son más vulnerables y viven menos.

También demuestran que el número de mujeres que viven en situación de pobreza es superior a la de los hombres, que las mujeres trabajan durante más horas, que la mitad de su tiempo lo insumen en actividades no remuneradas, lo que disminuye su acceso a los bienes sociales inclusive a los servicios de salud.

La salud y la enfermedad están íntimamente relacionadas y constituyen un proceso cuya resultante está determinada por la acción de factores sociales, económicos, culturales e históricos.

Esto implica afirmar que el perfil de salud y enfermedad varía en el tiempo y el espacio de acuerdo con el grado de desarrollo económico, social y humano de cada región del mundo.

Si se ponen en consideración las desigualdades históricas entre hombres y mujeres, la perspectiva de género se constituye en uno de los factores determinantes de la salud, y por tanto, deben ser consideradas integralmente en la formulación de políticas públicas.

El género, como elemento constitutivo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, es una construcción social e histórica. A partir de símbolos, normas e instituciones, las sociedades definen modelos de masculinidad y feminidad así como patrones de comportamiento específicos y diferenciados según el sexo. De esta manera, el género delimita campos de acción para cada sexo en el que se construye la subjetividad de la persona.

El género es una construcción social impuesta a un cuerpo sexuado.

Las relaciones entre hombres y mujeres constituyen una de las primeras formas de ejercicio del poder, y en la mayoría de las sociedades las relaciones de género son desiguales. Los diferentes grupos humanos están expuestos a diversos tipos y grados de riesgo según sean mujeres u hombres, en función de la organización social y de las relaciones de género. A su vez, están expuestos a diferentes grados de sufrimiento enfermedad y muerte.

Es por esto que existe la necesidad de la incorporación de la perspectiva de género en el análisis del perfil epidemiológico, de la planificación y normatización y acciones de salud, siempre que tengan como objetivo promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la equidad y los derechos a la ciudadanía de la mujer.

2. Aproximaciones hacia una situación general de la salud de las uruguayas en el año 2004

Evolución y situación de principales áreas de SALUD DE LA MUJER

Uruguay tiene con una población de 3.240.676 habitantes (INE 2005), se ha caracterizado históricamente en el contexto regional por algunas peculiaridades en la conformación de su Estado y de su sociedad, que señalaron durante buena parte del siglo XX algunas ventajas comparativas con el resto de los países latinoamericanos.

La conformación y desarrollo del Estado uruguayo en su carácter de benefactor y laico con libertad de cultos (CONSTITUCION), con una legislación social de avanzada, se inició a través del proyecto modernizador de comienzos de los novecientos: legislación laboral sobre la jornada de 8 horas, licencia por maternidad, seguridad social, sufragio femenino, ley de divorcio por sola voluntad de la mujer; educación laica, gratuita y obligatoria a nivel primario y secundario. Asimismo, se propició el acceso de las mujeres a la educación terciaria y su temprana incorporación al mercado de trabajo. La extensión de la educación pública se configuró en la principal institución de socialización y factor de movilidad social.(LOPEZ GOMEZ 2003)

Otro rasgo relevante del país ha sido la rápida urbanización que ya en 1950 concentraba el 78% de la población en los núcleos urbanos, siendo hoy casi del 92 % (INE 2004), del cual el 40,9 % reside en Montevideo (INE 2005).

La rápida transición demográfica y epidemiológica, le permitió exhibir ya en la primera década del siglo XX, niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a la de los países industrializados, reduciendo su natalidad inicial hacia 1940 en un 60%. También es el país de la Región con el más bajo crecimiento anual medio de 3,2 p. mil (que es muy inferior a la media de América Latina y

el Caribe 15 p. mil, Estados Unidos 6 p. mil y similar a España y Japón). (INE 2005)

Como consecuencia de estas tendencias, el país presenta una estructura de población envejecida (13,4% de la población se encuentra entre los 65 y más años, lo que lo convierte en el país más envejecido de América Latina y el Caribe). Precisamente el 60% de los habitantes de 65 y más años son mujeres. Las fuertes corrientes migratorias que se acentuaron en los últimos 5 años, así como características biológicas diferenciales entre hombres y mujeres, han contribuido a que la población femenina constituya el 52% de toda la población. (INE 2005)

La población femenina, fruto de su longevidad (Esperanza de vida 79.2 años) (INE 2004), o de características biológicas que la diferencian de los hombres, o su diferente exposición a riesgos vinculados con el desempeño de los roles de género (femenino o masculino) y la desigualdad en el acceso y control de los recursos (distribución social del trabajo y las diferencias de poder entre hombres y mujeres), las hace más vulnerables y por ende más necesitadas de una mayor atención en salud. (OPS 2004 equidad de género y salud)

Si bien el binomio madre-hijo fuera el espacio dedicado a la salud de la mujer y a la consideración de la salud infantil, desde hace medio siglo, el control de la fertilidad, así como avances tecnológicos sustantivos y la atención al embarazo parto y puerperio la perinatología como especialidad han significado cambios importantes en la visión y aplicación de políticas de salud. Por lo tanto, las tendencias que focalizan la salud de las mujeres en una perspectiva de género también habilitan la consideración de la salud infantil en forma particular e integral.

La adolescencia y el climaterio como etapas de transición en la vida de las mujeres así como la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, han transformado conceptos, marcos teóricos y puntos de

inflexión para la atención específica de cada una de estas personas implicadas, viéndolas también desde una óptica personal y social.

Es por ello que los derechos sexuales y reproductivos se abren hacia una amplia gama para la atención de la salud de las mujeres en general y se inclina a acciones específicas en tiempos de transición como son la adolescencia y el climaterio.

La tendencia epidemiológica del SIDA¹ está básicamente caracterizada por la juvenilización, heterosexualización, feminización y pauperización, la cual esta influida por las dinámicas relacionales de género, clase y generación implicadas en ella.

El cáncer génito mamario, ha mostrado comportamientos dispares, en lo referente al cáncer de mama Uruguay ha hecho una gran inversión en los aspectos preventivos secundarios basaba su estrategia en el control clínico.

Lamentablemente con el cáncer cérvico uterino no se han alcanzado avances, y a pesar que las proyecciones pronosticaban una reducción en la mortalidad por esta causa, se ha asistido a un inesperado y sostenido ascenso que se vincula a problemas de accesibilidad, a pérdida de oportunidades para efectuar un diagnóstico en etapas tempranas o precursoras del cáncer y/o a una mala calidad de atención en los servicios.

Un reciente estudio estimó que el 40 % de hogares en Montevideo y Área Metropolitana padecen de situaciones de violencia doméstica y sexual en sus distintas formas, donde las mujeres son en primer lugar la población directamente afectada y los niños/as en segundo orden². En el Uruguay muere una mujer asesinada cada 9 días, víctima de violencia doméstica o sexual. Pero hasta el momento el sector salud se ha mantenido ajeno en la búsqueda,

¹ Fuente: Informes Epidemiológicos Trimestrales del Programa Nacional de SIDA del MSP.

² Estudio de Cybila Consultores / UNICEF, Montevideo, 2000

identificación y apoyo de los casos de violencia contra las mujeres. Se ha creado un Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género y deberá implementarse a nivel de la Salud.

La salud mental a nivel Ministerial constata que el 74% de las personas que consultan son mujeres y entre las mismas se constatan falta de autoestima, depresión, ideas de suicidio y stress vinculados a la sobrecarga familiar, violación a sus derechos en diferentes situaciones y otras ligadas a sus roles de género en la casa o en el trabajo. También están en situaciones de riesgo el personal de salud que atienden estas situaciones así como las mujeres que deben en el medio familiar, encargarse de enfermos mentales o con capacidades diferentes.

La OMS y la Comisión de Género del PIT-CNT con la Universidad de la República han alertado de las especificidades de la morbilidad de las mujeres trabajadoras y del empleo informal y sus consecuencias sociales, laborales, familiares y personales.

Las Mujeres Rurales y de las áreas suburbanas así como las que migran internamente en las diferentes zafras, presentan problemas graves y patologías ligadas a la inexistente prevención y a las dificultades en el acceso a los servicios de salud y el aislamiento social de su cotidianidad.

Existen profundas discriminaciones para algunos grupos de mujeres excluidas por su condición de raza, opción sexual . Mujeres afrodescendientes e indígenas, con capacidades diferentes, lesbianas, trabajadoras sexuales, presas etc, están afectadas en su salud integral, su desarrollo personal y su inserción social.

Para el logro de cambios culturales que mejoren la calidad de vida, en especial la salud de las mujeres de todas las edades, es de significativa importancia considerar la condición del varón en aspectos culturales, históricos y

relacionales en la vida de las mujeres. Asimismo la incorporación de la perspectiva de género a nivel de la salud implica tomar en cuenta las influencias culturales que los hombres tienen que afectan sus toma de decisiones y coartan la libertad plena y la vigencia de los derechos humanos en de sus vínculos.

Servicios de salud disponibles en las áreas definidas.

Existen servicios de atención a la salud de las mujeres en lo reproductivo en una perspectiva que predomina su rol materno, en todo el país. Los derechos a la salud sexual y reproductiva son muy limitados.

La atención y prevención del cáncer no es suficiente. Las enfermedades crónico degenerativas ni se visualizan en el específico cuerpo y entorno de las mujeres. No se aplica todavía el Plan Nacional de Erradicación a la Violencia de Género en el sector Salud.

Si bien existe un Plan Nacional de Salud Mental, este aún no ha incorporado la perspectiva de género, Se buscará la evidencia.

El proceso de consideración de su la salud integral de las mujeres pondrá en evidencia las actitudes masculinas . Es una materia pendiente dentro del tratamiento a la salud a nivel nacional

3. Condiciones fundamentales

- Para el desarrollo, la aplicación y evaluación positiva de un marco teórico y normativo de equidad, es necesario contar con un encuadre ideológico basado en la vigencia de los derechos humanos y la ciudadanía para la población uruguaya. Esta voluntad política se expresará también a través de la humanización de las acciones de salud y los procesos de enfermedad, recuperación, rehabilitación o muerte.
- Es necesario que estas políticas expresen también una estrategia completa de descentralización y participación social en lo nacional como en lo local, y la inclusión de los diferentes actores/as implicados en el logro de la salud en una forma diversa, integral e inclusiva. Aquellos grupos o personas en situaciones de discriminación por causas históricas o socioculturales serán considerados desde sus especificidades, garantizando el respeto de sus opciones .
- Para el logro de la justicia social en asuntos de salud-enfermedad del país, las normas generadas por este programa tendrán aplicación a nivel del sistema de salud tanto público como privado, para la transformación de la salud en lo social y cultural.
- Los procedimientos como las acciones a implementar deben alcanzar buenos niveles de calidad en prevención, atención y rehabilitación individual y comunitaria, todavía pendientes en el marco de salud de las mujeres. La construcción de un marco teórico práctico y de aplicación nacional sobre Calidad de Atención con Perspectiva de Género se hace imprescindible para lograr que las medidas sean asequibles y aceptables para respetar los derechos humanos de la población uruguaya en toda su diversidad y circunstancias.
- La consolidación de un programa de mujer y género deberá trabajar para la generación de espacios de conexión, asesoría y apoyo entre los diversos actores así como el trabajo conjunto para la implementación de estas políticas educativo preventivas y su aplicación a la Salud.

- Para el logro de todos estos objetivos la coordinación entre el Ministerio de Salud y sus programas con el sector privado, los diferentes actores implicados como los equipos técnicos, funcionarios administrativos, organizaciones de la sociedad civil y usuarios/as, tendrá que consolidarse y dar signos de eficacia a través de transparencia, planificación participativa, indicadores claros y procesos de seguimiento ágiles y seguros.
- La participación de la sociedad civil será fundamental a la hora de identificar los problemas prioritarios para la comunidad, colaborar en el desarrollo de estrategias apropiadas para la solución de los problemas detectados, así como dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos, de las actividades propuestas y del uso de los recursos.
- Deberá contar con recursos financieros, locativos y humanos apropiados, de calidad, genuinos y suficientes para atender todas las circunstancias en todo el país.

4. Áreas de abordaje

A) Salud sexual y reproductiva

Evolución de la salud sexual y reproductiva en Uruguay

El temprano proceso de transición demográfica hizo pensar históricamente que Uruguay carecía de “problemas” de población. En términos promediales, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) era y sigue siendo baja (2.19 INE 2004); sin embargo el comportamiento reproductivo difiere según los sectores socio-económicos. Uruguay se reproduce en el tercio más pobre de su población. (López Gómez 1998)

La OMS y la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en Cairo 1994 (CIPD, 1994) toma a la salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social en todas las áreas concernientes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad. La salud reproductiva indica por consiguiente que la persona pueda tener una vida sexual segura y satisfactoria teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir sobre cuando y cuantas veces debe hacerlo.

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

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

Uruguay de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH), institución privada con personería jurídica desde el año 1967.

En el Diagnóstico de Servicios de Salud Reproductiva del Sub-Sector Público (FNUAP/MSP, 1997) se reconoce a través de documentación de dicha Asociación, que el número de filiales en Montevideo e Interior sumaban - en ese entonces- 91, y los Médicos Asociados a la Institución eran 130. cciones. Esta situación sostenida por años, se “naturalizó” a punto tal que, muchos/as usuarias y profesionales de la salud pública, estuvieron convencidos/as de que estos servicios los brindaba el Estado a través del MSP.

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

El Programa del MSP, Programa Maternidad y Paternidad Elegida, comenzó siendo un proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, habiendo sido definido en el año 1999 por decreto ministerial como un programa prioritario de salud (dependiente de la División de Promoción de la Salud). Capacitó profesionales e instaló servicios de planificación familiar, en los Centros de Salud de Montevideo y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que no tuvieron la continuidad esperada, debido a diversos conflictos de orden presupuestal y gremial. También tuvo un desarrollo incipiente en diez departamentos del Interior del país. Se incorporaron 40 médicos de familia a la estrategia de cobertura anticonceptiva. En el documento³ de Informe final las metas del Programa oscilaban entre marcos conceptuales centrados, tanto en el *“combate a la extrema pobreza”*, como en *“la defensa de los derechos sexuales y reproductivos”*, evidenciando una

³ Documento Informe Final Proyecto Maternidad y Paternidad Elegida, MSP. Noviembre de 2000.

tensión paradigmática y conceptual. Durante el período de ejecución del Proyecto, se desarrollaron estrategias de información y educación comunitaria y se elaboraron recomendaciones sobre normas en salud sexual y reproductiva con la participación de una diversidad de actores, incluidas las organizaciones de mujeres.

Los cambios en materia de salud reproductiva impulsados desde el Ministerio de Salud han sufrido tanto los avatares provocados por los cambios sucesivos de autoridades como el desinterés conceptual y aplicado de incluir la salud de las mujeres en una mirada de género , así como para los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política para la normativa y atención de estos sectores.

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

Mientras que en el interior de la República se inició una estrategia diferente para garantizar el acceso de las usuarias a la más amplia canasta de métodos anticonceptivos de la mejor calidad.

Con los mencionados Programas por primera vez, se generaron algunos conceptos básicos e integrales para la atención a la salud de la mujer, condiciones básicas de acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad , todavía en el marco de la consulta gineco-obstétrica. Sin embargo, estas acciones no se han logrado extender a la totalidad de los centros públicos del país.

Indicadores de situación en salud sexual y reproductiva

La Tasa de Natalidad es un indicador que mantiene un descenso marcado en la últimas décadas situándose en el año 2004, en torno al 15 por mil. (INE 2004)

De la misma manera, la baja Tasa Global de Fecundidad (TGF), se sitúa en 2,19 y pese a mantenerse con leves oscilaciones desde los años 50, la tendencia es descendente. 4

El número de nacimientos se mantiene desde el año 1996 en un constante descenso, habiéndose registrado en 2003, 50538 lo que configura un descenso del 3% en los nacimientos en comparación con lo ocurrido en 2002.

La mortalidad materna si bien se encuentra en cifras que son de las mejores de la Región (2.5 p. 10 mil), presenta la característica de ser en su casi totalidad muertes evitables. Originándose la mitad de ellas en casos de aborto provocado en condiciones de riesgo, o por deficiencias en el proceso de atención.

En el año 2002, el 17.5 % de partos en todo el país, ocurrieron en mujeres adolescentes. De estos partos, el 82.7 % fueron atendidos en el subsector público, y el 17.3 % en el privado. Más del 80% de las madres adolescentes no han completado Enseñanza Secundaria y de ellas un 79% no está integrado a la actividad económica.

El peso mayor en la reproducción biológica intergeneracional de la sociedad se concentra en los sectores con menos recursos económicos, contribuyendo a la reproducción e infantilización de la pobreza. El 52 % de los niños/as nacen en hogares por debajo de la línea de pobreza y hasta el 70% de los niños de entre 0 y 5 años vive en esos hogares.

Estos datos deben situarse en un contexto de cambios de constitución de las familias donde disminuye el número de uniones matrimoniales, aumentan los divorcios (en el año 2000, por cada 100 matrimonios se registraron 49 divorcios) así como las uniones consensuales, con el consecuente aumento de nacimientos ilegítimos, hogares monoparentales, especialmente de jefatura femenina (Filgueira, 1996) y aumento de familias reconstituidas con padres no

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

biológicos. La familia nuclear con hijos se observa en una proporción menor de hogares (34.2 %)⁵.

A pesar de la existencia de una Ley que garantiza la posibilidad del acompañamiento de la mujer por la persona que ella designe, durante todo el período del trabajo de parto y el parto, una deficiente reglamentación y una falta de control por parte del Ministerio de Salud ha permitido que la mayoría de las instituciones de asistencia, priven a las ciudadanas y ciudadanos de este Derecho.

Así mismo, las condiciones de atención del embarazo, el parto y el puerperio no se ajustan en la mayoría de las instituciones a las nuevas evidencias ni al respeto de los Derechos de las usuarias.

Los programas de anticoncepción del Ministerio de Salud Pública fortalecidos desde el año 2001 han buscado transferir la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del Primer Nivel. En Montevideo se enmarcaron dentro del Programa de Salud Integral de la Mujer del SSAE y en interior la estrategia usada fue diferente de acuerdo a lo que determinó cada unidad ejecutora.

El sistema educativo formal público no ha incorporado la *Educación Sexual* como parte de la currícula en ninguno de los niveles de la enseñanza. Las experiencias existentes son fundamentalmente de corte privado, acciones provenientes de las organizaciones de la sociedad civil y en algunos casos también públicas; las mismas no han sido evaluadas en sus contenidos e impactos. La incorporación curricular definitiva continúa siendo un tema sensible en la agenda de debate político y social.

La implementación de la anticoncepción se vio dificultada por la falta de prioridad que el Ministerio le confirió a esta temática que entre

⁵ Idem anterior.

otras se traduce por la falta de un presupuesto regular para la adquisición de los insumos de la canasta de métodos anticonceptivos. problemas económicos generados por la crisis que ha vivido el país en los últimos años.

De todas formas y a pesar de los inconvenientes en la continuidad para la dispensación de los métodos la cantidad de métodos comprados y distribuidos ha ido en constante aumento y la cantidad de usuarias pasó de 23.000 incorporadas durante los 5 años del Programa Maternidad y Paternidad Elegida a más de 80.000 usuarias en los 3 años que se viene desarrollando el nuevo programa.

La consolidación de la Comisión Intergubernamental para los temas de Salud sexual y Reproductiva del MERCOSUR ha constituido un gran avance, ya que propició la conformación de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que funcionó en carácter de asesora del Ministro. Esta Comisión nucleó a los Programas Ministeriales que trabajan en el tema, tanto en lo que tiene que ver en lo normativo como lo asistencial, a la vez de generar un lugar para el intercambio entre otros actores no menos importantes, Sociedad Civil, Academia, Sociedades Científicas, Secretaría de la Presidencia de la República, etc.

La educación sexual todavía es una utopía en el sistema de salud y educación. La misma deberá encararse desde el encuadre de DERECHOS HUMANOS, en el marco de laicismo y equidad que sustenta la constitución y la Sociedad Uruguaya.

Objetivos

- Crear las condiciones propicias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos para afirmarlos y garantizar el acceso universal a la atención de la salud sexual y reproductiva y a la educación sexual. Con

ello nos acercaremos a la vigencia de los derechos a una vida sexual plena, digna , saludable y responsable.

- Esto contiene la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la promoción de la salud y del bienestar de los adolescentes y de ciudadanos/as en todas las etapas y circunstancias de su vida

Programa de Anticoncepción

Objetivos

- Ayudar a las parejas, y personas a lograr sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos.
- Mejorar la calidad de atención en aspectos de planificación familiar y mantener el principio de elección voluntaria e informada.

Acciones

- Normatización de la asistencia en anticoncepción e infertilidad.
- Realización de campañas de educación pública sobre salud sexual , planificación familiar, maternidad y paternidad responsables y los derechos de elección en materia de reproducción.
- Mantenimiento de una constante capacitación y actualización de los técnicos en salud en planificación familiar y otros aspectos de la atención en salud sexual y reproductiva.
- Mejora y mantenimiento en el acceso universal a una amplia canasta de métodos anticonceptivos seguros y confiables.

- Mejora y mantenimiento en el acceso universal a programas de fertilización asistida a aquellas personas que lo requieran.
- Incrementar los niveles de participación de los hombres en la planificación familiar.
- Intensificación y mantenimiento en la participación de organizaciones de la sociedad civil para ayudar a la supervisión del cumplimiento de los objetivos planteados e intensificación en la coordinación de actividades con organizaciones afines al tema.

Maternidad sin riesgo y aborto practicado en condiciones inseguras

Objetivos

- Mejorar la salud y nutrición de las mujeres embarazadas.
- Reducir la morbi-mortalidad materna vinculada al proceso reproductivo, incluyendo al aborto.
- Permitir que la mujer ejerza el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin coerción, discriminación ni violencia.

Acciones

- Actualización de las normas para la asistencia del embarazo, parto, puerperio de bajo riesgo y neonatal.
- Creación de las normas para la atención del embarazo, parto, puerperio de alto riesgo y neonatal.
- Constituir a nivel nacional y descentralizados los Comites de Mortalidad Materna

- Promover en la academia investigaciones sobre morbilidad de las mujeres por causas sexuales y reproductivas a lo largo de todos sus ciclos de vida.
- Realización de campañas de educación pública sobre derechos sexuales y reproductivos, maternidad sin riesgos y paternidad acompañante y responsable, y crianza.
- Estimular el control precoz y adecuado de las gestantes estimulando también sus redes de apoyo.
- Atender en las campañas y protocolos a las mujeres de todas las edades, especialmente a las situaciones de cambio biológico como son la menarca y la menopausia.
- Promover estrategias para una buena nutrición de la mujer embarazada y la incorporación del padre en esa función así como en la alimentación de lactantes y niños@s.
- Mejoramiento en la calidad de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Promoción de todos los aspectos de una atención humanizada del parto, incorporando a la academia, sociedades científicas y a la sociedad civil.
- Educación sobre las ventajas de la lactancia materna y asegurar la participación de la comunidad en los programas de apoyo para la lactancia materna, considerando el entorno y realidades específicas.
- Mantenimiento de la capacitación y actualización de los técnicos de la salud en los aspectos vinculados a la sexualidad, el embarazo, el parto, puerperio y aborto.

- Mantenimiento del acceso universal al parto institucional.
- promover actitudes de atención y respeto a las mujeres que podrán vivir integralmente el climaterio.
- Promoción de la participación de los hombres en los aspectos de la salud de las mujeres, en la función materna y en la maternidad sin riesgo y paternidad responsable.
- Apoyo a la coordinación de actividades con organizaciones sociales y de salud afines al tema para cada área, en particular en las estrategias para evitar la transmisión vertical del VIH/SIDA .
- Incorporar la participación de organizaciones de la sociedad civil para proponer y supervisar el cumplimiento de los objetivos planteados.
- Promover cambios a nivel de los sistemas de salud para que los hombres vivan también plenamente su sexualidad y reproducción responsabilizándose de su comportamiento sexual y reproductivo a la vez de asumir un rol importante en la planificación personal de estos aspectos así como de las familias y en la crianza de sus hijos.

Para el logro de un cambio sustantivo en aspectos de la sexualidad y reproducción humanas así como en la crianza de la prole y la incorporación del varón al quehacer de las familias, es imprescindible incorporar una concepción ideológica y práctica inclusiva tanto en los aspectos educativos como en la atención integral de la salud.

B) Salud de las mujeres adolescentes

La adolescencia está marcada por un rápido crecimiento y desarrollo del cuerpo de la mente y de las relaciones sociales. El crecimiento físico está acompañado por la maduración sexual. La capacidad de abstracción y el pensamiento crítico también se desarrollan en la juventud junto con un mayor sentido de la independencia emocional y del autoconocimiento.

En la adolescencia la sexualidad tiene una dimensión especial que es la aparición de la capacidad reproductiva en el ser humano junto con la reestructuración de su psiquismo. Sucede también la incorporación de nuevos valores éticos y morales a la personalidad que se define incorporando nuevos comportamientos y actitudes frente a una estructura de patrones sociales y sexuales fuertemente relacionados por las relaciones de género establecidos social y culturalmente.

En esta etapa son importantes las acciones educativas y la reducción de la vulnerabilidad de las adolescentes a los agravios a la salud sexual y reproductiva. Al cuidado de su salud mental y la autoestima, al fortalecimiento de su formación curricular y a la construcción de proyectos personales saludables a nivel individual y comunitario.

Debe también buscarse la integración de acciones con otros sectores para que la respuesta social sea el apoyo a la/os adolescentes en sus decisiones de autocuidado.

Programa de promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Objetivos

- Proteger y promover los derechos de los adolescentes en materia de información y servicios en salud sexual y reproductiva, incluyéndolos en su planificación y seguimiento.

- Reducir la morbi-mortalidad de adolescentes por HIV/SIDA.
- Atender con confidencialidad a su salud mental, su inserción familiar, educativa y laboral, el esparcimiento y tiempo libre, coordinando con todo el sistema de salud.
- Garantizar la accesibilidad a exámenes y aumentar la realización de estudios preventivos así como brindar apoyo y seguimiento a las nuevas madres adolescentes hace que el acceso deba ser constante y pleno a métodos anticonceptivos de calidad y al seguimiento de sus realizaciones de vida.
- Esto incluye la atención de salud mental para adolescentes que hayan experimentado cualquier forma de violencia.
- Los servicios de salud, para cumplir con estos objetivos tienen que garantizar una atención de calidad, respetando la confidencialidad basada en evidencias, respetuosa y humanizada.

Acciones

- Actualización de las normas de atención integral de los y las adolescentes.
- Capacitación continua de los técnicos de salud del primer nivel de atención para la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- Campañas de sensibilización a niñas, adolescentes, padres, maestros y sociedad en su conjunto sobre riesgos y beneficios de salud sexual y reproductiva.
- Campañas de divulgación de los derechos ciudadanos de adolescentes y jóvenes.

- Intensificación y mantenimiento en la participación de organizaciones de la sociedad civil para ayudar a la supervisión del cumplimiento de los objetivos planteados.
- Intensificación en la coordinación de actividades con organizaciones afines al tema.

C) Salud de las mujeres en el climaterio y tercera edad

La menopausia es un evento único en la vida de las mujeres y corresponde a la última menstruación. En las mujeres uruguayas la menopausia ocurre en promedio a los 48 años de edad, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico, que en ocasiones demandan atención médica. Por otra parte, varios padecimientos crónico-degenerativos como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, la atrofia genitourinaria y algunas alteraciones neurológicas inciden con más frecuencia durante la etapa postmenopáusica, originando deterioro de la calidad de vida e incremento de la morbi-mortalidad general.

Los cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en la población, especialmente de las mujeres. Esto ha contribuido a que cada vez haya más mujeres postmenopáusicas y en la tercera edad. La Fase I del Censo de Población de 2004 estimó que el 44% de las mujeres tienen 40 y más años de edad, que en esa franja etaria el 55% son

mujeres y que si se considera a las mujeres de 65 y más años la proporción de mujeres aumenta al 60%.

La incorporación de estilos de vida saludables, el fomento del autocuidado, el fortalecimiento de las redes familiares-sociales de apoyo, la incorporación en actividades lúdico creativas, y eventualmente el uso de tratamientos médicos permiten prevenir y tratar los síntomas y signos de la falla hormonal ovárica. Estas acciones logran disminuir las complicaciones crónico degenerativas (osteoporosis, atrofia urogenital), así como los síntomas que pueden aparecer en la esfera psíquica y social.

A pesar de las evidencias científicas disponibles la presión de grupos médicos y en especial la industria promueven el uso inadecuado de medicamentos y tecnologías en el tratamiento y estudio de los síntomas y complicaciones del síndrome climatérico que necesitan ser regulados, para brindar adecuada información, educación y servicios con enfoque de género a este amplio segmento de la población.

Objetivos

- Establecer los criterios para prestar atención integral en salud de calidad y desde una perspectiva de género a la mujer durante la perimenopausia y la postmenopausia y en la tercera edad.
- Disminuir la morbi-mortalidad de las mujeres vinculada a patologías derivadas del climaterio y del envejecimiento femenino.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres durante estos períodos de la vida. A través de su integración plena y el reconocimiento a sus potencialidades.

- Garantizar el acceso universal a las técnicas diagnósticas y a los tratamientos de las mujeres durante el período del climaterio y en la tercera edad.

Acciones

- Elaboración de las normas de atención de las mujeres durante el climaterio.
- Capacitación de los equipos de salud para la atención integral de la mujer durante el climaterio y la tercera edad.
- Talleres de orientación y consejería dirigidos a la población para mejorar la calidad de vida durante la menopausia, climaterio y postmenopausia.
- Talleres, seminarios y otro tipo de actividades educativas para informar sobre los cambios físicos y emocionales que se registran.
- Contribuir a la mejora de los servicios para brindar una atención de calidad durante estos períodos del ciclo vital femenino.
- Desarrollar actividades de prevención sobre las patologías derivadas del envejecimiento, promoviendo al mismo tiempo estilos de vida saludables. (Ver enfermedades crónico degenerativas).
- Promoción de la participación de grupos organizados y de agentes de salud de la comunidad, para que actúen como informadores y promotores en su núcleo de influencia.

D) Violencia doméstica y sexual

La Ley N° 17.514 de 2/VII/02 creó el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica y en el artículo 29 de la norma se dispone que el Consejo elabore el **Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia doméstica, con un enfoque integral**, orientado a la prevención, atención y rehabilitación de las personas involucradas a efectos de lograr el uso más adecuado de los recursos existentes, en beneficio de toda la sociedad.

Con él Uruguay dio cumplimiento al compromiso asumido en el ámbito internacional (CEDAW) veinte años atrás y al reclamo planteado por mujeres y hombres uruguayos durante mas de diez años, proveniente de distintos ámbitos, con conocimiento pleno de la significación de la violencia doméstica y de sus consecuencias, quienes expresaron la perentoriedad de contar con un marco legal adecuado que se transformara en el instrumento para el efectivo ejercicio de los Derechos Humanos, violados una y otra vez en el lugar que se supone mas seguro: el hogar.

Además de establecer un marco jurídico específico para la prevención e intervención en Violencia Doméstica, cuando no constituye delito, la Ley N° 17.514 citada, creó en su artículo 24, el **Consejo Nacional Consultivo Honorario de Lucha contra la Violencia Doméstica**. En el marco de su competencia, una de sus tareas fundamentales, es la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, que, necesariamente, deber ser intersectorial e interdisciplinario.

La Violencia Doméstica es un problema multicausal; lo construyen una diversidad de variables que debemos conocer y manejar para su comprensión, análisis, primera intervención y tratamiento, así como para diseñar estrategias de prevención y planes de trabajo a nivel macrosocial.

La Violencia Doméstica en cualquiera de sus formas y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de los derechos humanos. Es también un obstáculo para la equidad y un problema de justicia. **Por las**

graves implicancias que tiene para la salud de las víctimas debe ser considerada una prioridad para la salud pública.

No se puede intervenir para conocer o para transformar la problemática de la violencia doméstica sin posicionarnos desde el enfoque multicausal, donde el género y el poder son conceptos claves para explicar y comprender este fenómeno. En ese sentido, la violencia es uno de los mecanismos de control social que tiende a mantener el esquema de autoridad patriarcal, sustentado en la desigualdad de los sexos; constituyéndose en una forma de control social legitimada.

Son manifestaciones de violencia doméstica, constituyan o no delito:

- **Violencia física:** Acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.
- **Violencia psicológica o emocional:** Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.
- **Violencia sexual:** Toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.
- **Violencia patrimonial:** Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona.

El Estado, lentamente, comienza a involucrarse en este proceso de visualización del problema y a tomar medidas tendientes a su erradicación.

Como miembros de una comunidad formamos parte activa de estos discursos, ya sea porque los formulamos o los toleramos. Pensar la violencia doméstica integrando estos niveles de análisis nos permite evitar posturas reduccionistas y elaborar estrategias y planes de acción que den cuenta de la complejidad y la intervención de la sociedad toda en la génesis de este grave problema social.

Los efectos de la violencia doméstica son devastadores para las víctimas, generando alto índice de aislamiento social y la incapacidad de participar activamente en el desarrollo personal, social y comunitario.

La violencia se cobra un tributo tanto humano como económico en las naciones, y cuesta a las economías muchos millones de dólares cada año en concepto de asistencia sanitaria, costos legales, afectación del capital cultural y social, ausentismo y productividad perdida, siendo los costos mas importantes la pérdida de vidas humanas y de años de vida saludables.

Es difícil calcular con precisión la carga que imponen todos los tipos de violencia a los sistemas de asistencia sanitaria, o sus efectos sobre la productividad económica en todo el mundo. Estudios estadísticos demuestran que las víctimas de violencia doméstica y sexual padecen más problemas de salud, generan costos de asistencia sanitaria significativamente mayores y acuden más a menudo a los servicios de urgencia a lo largo de la vida que las personas que no sufren maltrato. Estos costos contribuyen sustancialmente a incrementar los gastos anuales de asistencia sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud, el 24 de noviembre de 2001, en informe de la Secretaría, sobre Violencia y Salud, hacía pública la información correspondiente al año 2000, de la que surge:

- 1,7 millones de muertes en el mundo, fueron causadas por actos de violencia.

- Alrededor de 40 millones de niños son objeto cada año de malos tratos y de desatención. Los adolescentes y los adultos jóvenes son las principales víctimas y autores de actos de violencia interpersonal en todas las regiones del mundo.
- Las violaciones y la violencia doméstica representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable que pierden las mujeres en edad fecunda y, según el estudio de que se trate, entre el 10% y el 50% de las mujeres experimentan durante su vida violencia física en manos de su pareja. A las víctimas y victimarios o victimarias de la violencia debe sumarse a los testigos de esos actos, que suelen presentar trastornos del comportamiento, problemas diversos de salud y otros síndromes.

Las causas de las lesiones graves, algunas de ellas con secuelas incapacitantes, son frecuentes, y en general no detectadas en el sistema de salud. Las personas, al consultar, aducen causas accidentales ya que se avergüenzan y temen denunciar las situaciones de abuso, en parte porque no saben muchas veces que respaldo social tendrán y también por causas puntuales como el temor al desamparo, generalmente el agresor tiene una posición de poder económico y capacidad de decisión frente a la víctima, que teme represalias de variada índole.

La ocurrencia de violencia doméstica durante el embarazo fue un factor significativo de riesgo de bajo peso al nacer, poco aumento de peso materno, infecciones y anemia. Por su parte, la frecuencia de embarazo no deseado y a temprana edad aumenta en mujeres adultas y adolescentes de familias en situación de violencia.

Algunos autores relacionan estos problemas con la baja autoestima y con la imposibilidad de negociar condiciones de protección adecuadas para las relaciones sexuales. Como consecuencia de esto es mayor también la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el HIV – SIDA. Esto se vincula con una relación muchas veces perversa, no con ninguna

condicionante previa. Vemos muchas veces que la patología del miembro dominante de la pareja condiciona el modo de reacción de la víctima, que se siente impotente y sumida en la confusión.

El sufrimiento psicológico vinculado al maltrato se relaciona con variedad de problemas de salud mental, en general de la esfera del humor y la afectividad, en particular depresión, ansiedad, síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible experimentar fatiga en forma crónica, trastornos del sueño, como insomnio, pesadillas; trastornos de los hábitos alimentarios; abuso de alcohol, drogas y/o psicofármacos.

Las víctimas de violencia, independientemente de su estructura psíquica anterior, suelen sufrir varios síntomas comunes, a los cuales es muy importante además de erradicar intentar que no vuelva a ser víctima de violencia en el futuro, para lo que se han designado pautas que consideramos que deben ser transmitidas e internalizadas para poder hacer prevención efectiva de éste problema.

Las medidas de protección son incorporadas con dificultad lo que incide tanto en las posibilidades de autocuidado como de cuidado del otro. La experiencia de sometimiento produce sentimientos de vergüenza, desconfianza, miedo, culpa, pena y desamparo, afectando y deteriorando la autoestima, la percepción de sí mismo y de su imagen corporal. Se genera una situación de vulnerabilidad que promueve dificultades en los vínculos, visualizándose situaciones de aislamiento social, alteraciones en el comportamiento sexual, conductas de auto y heteroagresividad, entre otras secuelas.

Los estudios realizados en nuestro país dan cuenta de los siguientes datos estadísticos:

- En el 39% de hogares uruguayos niños, niñas y adolescentes sufren algún tipo de maltrato. 15% violencia física grave, 17% violencia física

leve y 7% violencia psicológica (investigación realizada por UNICEF-CIFRA 1999)

- La línea Azul del INAME recibió 6841 consultas por diferentes formas de maltrato hacia niños, niñas y adolescentes en el período de febrero de 1999 a junio de 2003.
- El Uruguay comprueba que cada 6 días falleció una persona, cada 9 días 1 mujer, adulta o niña, cada 12 y 1/2 1 mujer en relación de pareja, cada 14 y 1/2 1 hombre, adulto o niño y cada 52 días 1 hombre en relación de pareja.
- Más de la mitad de las víctimas fueron asesinadas durante fines de semana y feriados, momentos en que las familias suelen tener mayores instancias de convivencia.
- Por lo menos 200 personas en el correr del año 2004 vivieron directa o indirectamente la violencia en su máxima expresión por episodios de muerte vinculados a relaciones familiares o de relaciones de pareja, presente o pasada.⁶

El sector salud y especialmente los servicios de atención primaria, las consultas ginecológicas y los servicios de emergencia suelen ser un lugar privilegiado para la identificación de las personas que viven situaciones de violencia. Estas oportunidades no son siempre aprovechadas por insuficiente conocimiento para contribuir a la identificación, asistencia y derivación apropiada de esta problemática.

Objetivos

- Disminuir mediante la detección y prevención la morbimortalidad debida a violencia contra la mujer y los jóvenes .

⁶ Investigación de la Dirección Nacional de Prevención Social del Delito del Ministerio del Interior: “Perfil de los Incidentes Familiares con Víctimas Fallecidas. Análisis estadístico y explicativo de la realidad uruguaya, años 2004. Crio.Insp., Psicóloga Cristina Domínguez y Of. AYTE.(PT) Asistente Social Mariela Fernández.”, publicada en www.dnpsd.gub.uy

- Garantizar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas que sufren violencia en todos los niveles de la atención de la salud.

Acciones

- Normatización en los servicios sanitarios de la asistencia de las mujeres y otras personas que sufren violencia doméstica y sexual.
- Sensibilización y capacitación de los profesionales de salud también en la búsqueda activa, identificación y tratamiento de las víctimas de violencia.
- Creación de servicios especializados y coordinados de tratamiento y rehabilitación a las víctimas de violencia.
- Sensibilización y rehabilitación integral de los hombres para desalentar la prácticas violentas.
- Consolidación con la Sociedad Civil y el Instituto de la Mujer la elaboración de propuestas del nivel Salud dentro del plan nacional de erradicación de la Violencia contra la Mujer

Programa tentativo de atención a la violencia de género en el ámbito de la salud

Objetivo general

Incorporar al esquema de Atención de la Salud, un modelo de Atención y Prevención Integral de la Violencia Doméstica con perspectiva de género que desarrolle acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de las personas afectadas, mediante una atención integral de calidad (oportuna, eficaz, humana y equitativa).

Objetivos específicos

- Definir criterios y procedimientos que orienten la acción del personal de salud.
- Definir responsabilidades y funciones
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de la VD
- Establecer un sistema de integración y funcionamiento con las redes relacionadas con la VD

Acciones

- Si bien **todas las normas y acciones ministeriales y de salud deberán estar atentas y detectar toda forma de violencia** contra las mujeres así como implementar con urgencia Normas globales para eliminar la Violencia contra la Mujer y sus consecuencias, estamos haciendo una aproximación a las medidas a tomar en los diferentes niveles de atención.

Primer nivel de atención

Se realizarán acciones de promoción de formas de convivencia solidaria, de prevención y atención básica a la violencia intrafamiliar con oportunidad, equidad y calidad.

- Ejecución de las actividades y procedimientos expresados en las normas y en el plan nacional.
- Incluir en las estrategias de prevención y atención la capacitación de líderes y la formación de redes comunitarias.

Segundo nivel de atención

En el mismo se brindará atención física, emocional, sexual y social, hospitalaria y ambulatoria, oportuna a problemas relacionados con la violencia contra las mujeres que correspondan a un segundo nivel de complejidad en conexión con la red primaria. Se capacitará a los equipos transdisciplinarios de salud para la atención, prevención y rehabilitación de las personas implicadas.

Tercer nivel de atención

En el tercer nivel que será hospitalario y ambulatorio se brindarán servicios con oportunidad, calidez y equidad a problemas de violencia intrafamiliar que

afectan la salud física, emocional, sexual y social que correspondan a este nivel de complejidad, relacionándose con los sistemas uno y dos del nivel de atención.

Población objetivo

- Personas afectadas y sobrevivientes de VD
- Ofensores

Personal necesario

- Equipo básico
- Equipo del área de salud mental
- Servicios de apoyo (laboratorios, Rayos X, otros)
- Especialidades complementarias (psicología, psiquiatría, ginecología, pediatría, obstetricia)

Funcionarios responsables.

- Los funcionarios a cargo de funciones gerenciales en las unidades del Sistema de Salud, serán responsables de la aplicación de la presente norma, previa capacitación del personal disponible y asignación de las tareas correspondientes, en atención al cumplimiento de políticas públicas relacionadas con el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia Doméstica.

Función del equipo de atención en VD

- Atención e intervención en crisis
- Aplicar el cuestionario de sospecha de VD.
- Diagnosticar
- Tratamiento físico y orientación psicológica y social
- Registrar lo anterior en la historia clínica
- Derivación y seguimiento del caso personal y familiar a través del servicio de salud y de las redes del sistema de la comunidad

Requerimientos de funcionamiento del equipo de atención y de los servicios de salud en general

- El personal de salud deberá asegurar a las personas afectadas, un ambiente de confidencialidad, seguridad, respeto y objetividad.
- Los servicios de salud dispondrán de personal capacitado para la atención de la VD, material informativo para difusión, directorio de instituciones y organizaciones relacionados con acciones de prevención y atención de VD
- Los casos que presenten situaciones en las que se sospeche la presencia de VD, serán atendidos como casos de urgencia.
- Para la detección temprana de VD, se aplicará sistemáticamente la Hoja de Tamizaje , que será incorporada a la historia clínica.

Componentes de la atención integral

- Orientación en los servicios de salud
- Asistencia médica, emocional, psicosocial , sexual y reproductiva
- Orientación legal
- Integración a grupos respectivamente de víctimas y de ofensores, propios de los servicios de salud o de la red local
- Acompañamiento del proceso personal
- Adopción de medidas oportunas de protección, en coordinación con servicios policiales y/o judiciales

E) Enfermedades crónicas degenerativas y cáncer en la mujer

Los cambios de hábitos junto con el estrés generado por transformaciones del estilo de vida en el mundo actual contribuyen para que las enfermedades

crónicas degenerativas estén entre las principales causas de muerte en la población femenina. Algunos factores como el tipo de alimentación, el sedentarismo, tabaquismo, sobrecarga de responsabilidades –aumento considerable de número de mujeres jefas de familia- la competitividad, el acoso sexual y moral en el mundo del trabajo, tienen relevancia destacada en el cambio del perfil epidemiológico de las mujeres.

La prevención del cáncer ginecológico así como el diagnóstico precoz y el tratamiento requieren la implantación articulada de medidas así como la sensibilización y movilización de la población femenina; invertir en tecnologías y recursos humanos, organización de la red, disponibilidad de los tratamientos y mejoramiento de los sistemas de información. La instrumentación de estas políticas requiere la articulación de organismos que se dedican a esta temática, como la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, etc.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus se constituyen en los principales factores de riesgo para las dolencias cardiovasculares que son la primera causa de muerte.

La hipertensión arterial tiene una prevalencia estimada en un 20% de la población de mujeres adultas y una fuerte relación con el 80% de los casos de accidentes vasculares cerebrales y el 60% de los casos de enfermedad isquémica cardíaca.

La diabetes mellitus va presentando una prevalencia creciente en el mundo y también en el país que llega casi al 10% entre la población de 30 a 69 años.

En el Uruguay en 20 años se observa importante número total de casos de cáncer en la mujer y muertes por esa causa.

Objetivos

- Promover campañas que eduquen a la población sobre la incidencia del hipertensión arterial y la diabetes mellitus en la población femenina y sus consecuencias sobre la morbimortalidad y la calidad de vida.
- Prevenir y reducir la morbimortalidad de mujeres por cáncer de mama.
- Prevenir y reducir la morbimortalidad de mujeres por cáncer cérvico-uterino.
- Prestar atención de calidad a las mujeres con cáncer gínito-mamario con perspectiva de calidad en la atención en la perspectiva de género

No basta introducir ofertas de exámenes preventivos en las redes básicas de salud. Es necesarios movilizar a las mujeres mas vulnerables para que concurran a los centros de salud e implementar los sistemas de referencia para que lo necesario pudiera concretarse.

Acciones

- Realizar planes y campañas de prevención sobre consecuencias de la hipertensión arterial y diabetes mellitus en lo social y comunitario a través del fomento de controles periódicos y de educación de hábitos y prácticas alimentarios así como de actividades no sedentarias.
- Normatización de la asistencia para el diagnóstico de cáncer genital y mamario en conjunto con otros programas y organismos involucrados en la temática.
- Mantenimiento y ampliación en los servicios de atención primaria de la salud, del acceso universal a servicios económicos de prevención y diagnóstico temprano de los cánceres gínito-mamarios.

- Apoyo a la coordinación de actividades con organizaciones afines a los temas como la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Asociaciones de Diabéticos, para prevenir cardiopatías, Educación física y deportes, etc..
- Supervisión del cumplimiento de la legislación vigente sobre el día libre que el corresponde a las trabajadoras para efectuarse los estudios de screening.
- Dar seguimiento a las investigaciones que ensayan una vacuna contra el papiloma viral humano como método de protección contra el cáncer cervical.

F) Mujeres, salud mental y género

Incorporar la perspectiva de género a la salud mental de las mujeres nace de la comprensión de que las mujeres sufren doblemente las malas condiciones sociales, culturales y económicas en que viven, con las consecuencias en su salud mental y la aparición de trastornos psíquicos.

La salud mental en las mujeres esta influenciada por factores sociales, culturales, económicos, de clase, generación, ciclo de vida, raza, etnia, opción sexual y factores políticos y religiosos. Todos los deben tener en cuenta para el diseño e implantación de las políticas de salud.

Las mujeres ganan menos que los hombres, están concentradas en profesiones más desvalorizadas, tienen menor acceso a los espacios de decisión en el mundo público, sufren mayor violencia, viven doble o triple jornada de trabajo. Aparte otros aspectos agravan la situación de desigualdad de las mujeres en la sociedad: clase social, raza, etnia, edad y orientación sexual y otras situaciones

que limitan el desarrollo y comprometen la salud mental de una gran mayoría de mujeres.

Asumir responsablemente género y salud mental no es pensar solamente en el sufrimiento causado por los trastornos mentales que tiene las mujeres o en las tendencias individuales que algunas mujeres presentan para desencadenar crisis o depresión. Ante todo es necesario contextualizar los aspectos de la vida cotidiana de las mujeres, conocer con qué estructuras sociales cuentan o no, para resolver las cuestiones prácticas de la vida y reconocer que la sobrecarga de las responsabilidades asumidas tiene un costo muy grande que muchas veces se sobrepone a las fuerzas de cualquier persona.

Mujeres a cargo de los enfermos mentales

Para que los profesionales de la salud puedan comprender las necesidades reales de las mujeres que buscan atención en un servicio de salud mental es necesario que se de un proceso de incorporación a la práctica de las acciones de salud con la perspectiva de que la salud mental de las mujeres es una parte determinada por la perspectiva de género sumada a las condiciones socioeconómicas y culturales.

Objetivos

- Identificar los problemas fundamentales en esta área de la salud de las mujeres desde la sociedad civil y los gobiernos.
- Proponer una agenda estratégica para proponer su instrumentación en la práctica social y en el sistema de salud.
- Visualizar la situación de las mujeres en el Plan de salud mental nacional.
- Recavar informaciones e investigaciones al respecto.

- Capacitar a los equipos de salud en estas temáticas y consecuencias.

Acciones

- Acumular evidencia en el sentido de la determinación de los factores de influencia sobre la salud mental de las mujeres.
- Recopilar información existente que permita aportar evidencias sobre el impacto que ejerce la discriminación de género, de clase, de etnia, de raza y cualquier otra inequidad sobre la salud mental de las mujeres.
- Desarrollar investigaciones seleccionando estudios de casos por países para acumular evidencias (sociedad civil, gobiernos, sociedades, instituciones, academia).
- Rescatar las experiencias y resultados para la difusión y socialización entre los gobiernos y la sociedad civil.
- Construir redes de coordinación sobre estos problemas entre Ministerio de salud, Universidad y Comunidad para la legitimación e importancia del mismo.
- Instalación de capacidades en los recursos humanos para la aplicación de las herramientas en diferentes escenarios.

G) Condición del varón y salud de las mujeres

La cultura en la que vivimos coloca al varón en el mundo de lo público y a las mujeres en el mundo de lo privado.

Si bien esta tipificación de roles ha sido del ordenamiento social y cultural, la misma coloca a ambos, la mayoría de las veces en situaciones de inequidad en ambos mundos.

Esto impacta en la salud y la eficacia de aplicación de los programas de manera importante y dificultan las oportunidades de desarrollo personal y realización de proyectos de vida.

Del mismo modo, las formas de enfermar, arriesgarse y morir son signadas por esta cultura .

Cuando los roles familiares, las propias organizaciones y las situaciones de supervivencia cambian, este sistema de creencias cambia de modo desacompañado con las realidades que tienen que resolverse porque los procesos culturales lo hacen lentamente.

Es así que, la condición masculina incide directamente en la salud integral de las mujeres y su revisión y cambio puede ser un aporte sustancial en las condiciones de salud del propio varón y de su influencia en la salud de las mujeres de todas las edades.

Es conocida la dificultad de los varones, especialmente de los pertenecientes a sectores excluidos la sunción de responsabilidad del cuidado personal para la salud sexual y reproductiva.

Igualmente en lo que respecta al acompañamiento del parto, el puerperio, la lactancia y la crianza de los hijos.

La violencia doméstica tiene al varón como actor en el 90% de los casos. Su educación temprana en derechos humanos, vínculos y equidad de género puede significar un avance hacia el logro de disminuir o eliminar los asesinatos de mujeres por esa causa.

Asimismo, los varones que quieren acercarse a un nuevo modelo deben tener apoyo, también en el sistema de salud para renovar sus roles atendiendo a la equidad y a los derechos humanos de sí mismos.

Objetivos

- Incluir estudios e investigaciones realizados recientemente sobre la Condición del Varón en el país y la región para su extensión a los programas.
- Promover nuevos estudios cualitativos y relacionales en diferentes grupos humanos y cómo ellos impactan en la salud de las mujeres.
- Incorporar la condición masculina en la atención de patologías específicas del sexo masculino.
- Incorporar en los programas y capacitaciones del sector salud la necesidad de incorporar una mirada de género que aliente cambios sustanciales en las actitudes tradicionales de los varones.

Acciones

- Desarrollar campañas que ofrezcan educación, asistencia y legitimidad de los varones hacia un cambio de sus roles tradicionales y la necesidad del mismo en el ejercicio de su masculinidad y de la salud de las mujeres de todas las edades.

POBLACIONES VULNERABLES

a) Salud de las mujeres trabajadoras

La doble jornada de trabajo ha insertado a las mujeres en el mundo de lo público. Si bien esta condición mejora la situación cultural de aislamiento, las condiciones de trabajo no siempre favorece ese crecimiento personal y social. Muchas veces las mujeres deben aceptar condiciones de trabajo que no respetan sus derechos individuales y otras, atentan contra su salud.

Como el trabajo familiar, el cuidado de sus hijos y otras tareas asignadas se suman al trabajo pueden acoplarse las consecuencias del mismo a la doble o triple jornada.

Este escenario se ve agravado cuando los trabajos son informales, sin horario y sin vigilancia epidemiológica y carecen de seguridad social.

Objetivos

- Revisar, garantizar y capacitar dentro del Sistema de Salud para el cumplimiento de los distintos convenios que el país ha firmado en relación a la salud de las mujeres en el trabajo: protección de la maternidad, acoso sexual.
- Promover investigaciones e incorporar las existentes para llegar a un diagnóstico específico sobre la Salud de la Mujer trabajadora con una perspectiva de género a nivel nacional

Se incorporarán al área para fijar metas y estrategias la Comisión de Género del PIT-CNT.

b) Salud de las mujeres rurales y migrantes internas y zafrales

La especial situación que viven las mujeres en el medio rural tanto por su rol tradicional como el ligado a su aislamiento vital y de los servicios educativos y sanitarios, produce específicas consecuencias en su salud y deterioro.

Aquellas que migran por razones económico sociales a las ciudades donde se enfrentan a otra subcultura con pérdida de vínculos e inserción a trabajos informales o mal pagos, también afectan su salud integral y sus vidas

cotidianas, y, en general no saben cómo superar esas situaciones críticas por lo que, crónicamente van padeciendo diferentes dolencias.

Otro grupo relativamente nuevo de mujeres están enfrentadas a múltiples inseguridades ligadas a un nomadismo impuesto. Ellas son las que, por razones zafrales personales o familiares deben vivir en forma precaria con sus familias y que se ven obligadas en forma permanente a cambiar su vivienda. Todas estas situaciones inciden en cada área de la salud integral de las mujeres.

Es así que se ven agravados el embarazo no deseado, el riesgo en el parto y puerperio, las ITS, la Violencia Doméstica y sexual, y su salud mental.

Objetivos

- Consolidar en el programa un área que se refiera especialmente a estas situaciones.
- Recopilar informaciones e investigaciones actuales.
- Llegar a un diagnóstico de situación.

Acciones

- Incorporar en las estrategias de salud para las mujeres de todas las edades, la atención a estas situaciones específicas.
- Capacitar a los equipos de salud para la accesibilidad y atención de calidad para estas poblaciones.
- Planificar estrategias específicas para estos grupos junto con las Redes de Mujeres Rurales y Migrantes existentes

c) Salud de las mujeres en situaciones específicas de discriminación sociocultural e histórica.

Aunque el país hace a todos sus ciudadanos y ciudadanas iguales ante la ley y los recursos, existen aspectos culturales e históricos que mantienen con mucha fuerza actitudes que refuerzan aspectos discriminatorios hacia grupos humanos que atentan contra sus derechos humanos.

A esas discriminaciones históricas se suman otras relacionadas a género y clase que hacen que algunos grupos de mujeres se vean privadas de vivir sus creencias u opciones libremente , o quienes por circunstancias genéticas, hereditarias y accidentales no tiene sus capacidades en integridad .

Estos serían los casos de mujeres negras y afrodescendientes, discapacitadas , lesbianas, religiosas, etc.

Las mujeres presas, en situación de cárcel o refugiadas, ocupan un lugar diferente pero son igualmente excluidas en lo que refiere a la atención equitativa y rehabilitación.

Objetivos

- Identificar la situación de salud de estos grupos a nivel nacional.
- Promover investigaciones y estudios en la academia que lo registren y eduquen sobre sus creencias específicas en relación a su cuerpo y su salud para ser atendidas respetando sus opciones y creencias.
- Iniciar un proceso en los equipos de salud que atiendan las características de los mismos y desalienten la discriminación que sobre ellas se ejerce.

- Tener en cuenta en cada una de las normativas elaboradas sus especificidades a fin de incorporarlas plenamente a la atención integral de su salud con niveles de excelencia en la calidad.

Acciones y estrategias serán elaboradas luego de diagnósticos

***La coordinación general del programa contará con áreas de gestión, investigación y evaluación permanente.**