

ANÁLISIS DE LA INSTITUCIONALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD EN URUGUAY DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO (2005-2020).

Virginia Cardozo Ruffo¹²

Resumen

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se crea en el año 2007 como una de las principales reformas nacionales que lleva adelante el primer gobierno del Frente Amplio en el Uruguay. Esta reforma se considera un proceso que fue desarrollándose durante los tres periodos de gobierno de esta fuerza política (2005-2020). Por esto se elige analizar la incorporación de la perspectiva de género en el principal marco normativo del SNIS incluyendo las principales leyes y decretos que generan la estructura del sistema, las guías de práctica clínica, las metas prestacionales y los objetivos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Por ser el MSP el organismo rector del SNIS se incorpora el análisis de su priorización política de la agenda de género en cada período a través de las entrevistas a actores principales en la conducción de la reforma como son las personas a cargo de la secretaría y la subsecretaría de este Ministerio en los tres periodos de gobiernos analizados. Obteniendo estas dos fuentes se busca triangular resultados para evaluar en qué medida el SNIS puede ser considerada una institución generizada y las debilidades y fortalezas que presenta en su institucionalidad para el avance de la perspectiva de género en las políticas de salud en Uruguay.

Palabras clave: Género y Salud, Política de Salud, Atención Integral de Salud

Introducción.

El SNIS se crea en el año 2007 como una de las principales reformas nacionales que lleva adelante el primer gobierno del Frente Amplio en el Uruguay. Esta reforma se considera un proceso que fue desarrollándose durante los tres periodos de gobierno de esta fuerza política (2005-2020). Por esto se elige analizar la incorporación de la perspectiva de género en el principal marco normativo del SNIS incluyendo las principales leyes y decretos que generan la estructura del sistema, las guías de práctica clínica, las metas prestacionales y los objetivos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Por ser el MSP el organismo rector del SNIS se incorpora el análisis de su priorización política de la agenda de género en cada período a través de las entrevistas a actores principales en la conducción de la reforma

como son las personas a cargo de la secretaría y la subsecretaría de este Ministerio en los tres periodos de gobiernos analizados. Obteniendo estas dos fuentes se busca triangular resultados para evaluar en qué medida el SNIS puede ser considerada una institución generizada y las debilidades y fortalezas que presenta en su institucionalidad para el avance de la perspectiva de género en las políticas de salud en Uruguay.

Se debe aclarar que la investigación siempre se encuentra entrelazada con determinadas perspectivas particulares (Denzin y Lincoln, 2005). Este trabajo se basa en una epistemología feminista y por lo tanto pretende transformar el mundo inscribiéndose en una agenda hacia la justicia social analizando las necesidades de las personas según género, clase y raza-etnia (Denzin y Lincoln, 2005).

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

² Magister en Género y Políticas de Igualdad

Virginia Cardozo Rufo

Correspondencia cardozo.virginia@gmail.com

La autora declara no tener conflicto de interés.

Fue recibido el 22 de julio de 2023

Aprobado el 31 de agosto de 2023

Marco teórico conceptual.

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

Las políticas son sensibles al género cuando examinan y abordan los resultados esperados relacionados con el género en el diseño y en la implementación (Dinys, 2011).

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 (Kabeer, 1994).

Las 'políticas ciegas al género' son aquellas que no tienen en cuenta el impacto diferencial entre varones, mujeres y disidencias sexuales (Kabeer, 1994). Estas son generalmente, de forma implícita, sesgadas y androcéntricas ya que se basan en beneficiar a personas con características supuestamente universales que en general corresponde a características masculinas y tiende a reproducir las desigualdades preexistentes (Kabeer, 1994). 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 (Acker, 1990).

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 (Dinys, 2011).

La institucionalización de género hace referencia al proceso mediante el cual la perspectiva de género se convierte en un componente estable de las instituciones. Es un

enfoque que tiene como objetivo que la incorporación de la perspectiva de género permanezca en el tiempo y no sea altamente dependiente de las voluntades individuales de quienes desarrollan la política pública (Zarembeg, 2014). La institucionalización "es el proceso por medio del cual, voluntades, ideas, intereses en torno a la incorporación de la perspectiva de género en la corriente principal de las políticas de un país vuelve estable y sobrevive más allá del cambio de personas concretas ubicadas en lugares de decisión" (Zarembeg, 2014). Este proceso no hace referencia a los marcos legales únicamente ya que estos pueden ser "letra muerta". Se refiere además a los incentivos y sanciones para la incorporación de la perspectiva de género. En muchas ocasiones esto no es suficiente, por esto también puede implicar un trabajo de forma más profunda para detectar patrones históricos en el tema o apostar a modificar las estructuras profundas en torno al género para cambiar rutinas institucionales que obstaculizan la incorporación de la perspectiva de género, entre otras actividades (Zarembeg, 2014).

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 (Arias, 2000). 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" (Krippendorff, 1990). Se realizó un análisis de las categorías basadas en sus frecuencias, sus asociaciones, correlaciones y tabulaciones cruzadas (Krippendorff, 1990). Se realizó un muestreo por conglomerados (Krippendorff, 1990) incluyendo en la muestra los grupos de las leyes, decretos y guías dentro del SNIS.

Se analizaron 26 documentos (6 leyes, 5 decretos y 8 guías de práctica clínica, los Objetivos

Sanitarios Nacionales (OSN) y 6 instructivos de las metas prestacionales) (ver 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 género, hombre, mujer, transexual pertenecientes a la categoría género.

Se utilizaron en esta investigación entrevistas semiestructuradas. Tomando la clasificación de Hernández Sampieri (Hernández Sampieri, 2014) 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 secretaria 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 (Hernández Sampieri, 2014) 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 2 corresponden al sexo masculino y 1 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 3 períodos de gobierno, una mujer de 76 años de edad.

Análisis y resultados.

Instituciones generizadas

Decir que las instituciones se encuentran generizadas implica que no sólo las personas dentro de ella están generizadas sino que sus estructuras, su cultura organizacional, sus procesos y políticas están inherentemente generizadas también ya que siguen un patrón definido en términos de distinción entre lo femenino y lo masculino (Gaba, 2010).

Solamente una de las personas entrevistadas incorporó este aspecto a su análisis:

Te hago como un paréntesis para contarte una cosa que, un día con XXXX se nos dió por, digo "vamos tratar de investigar a ver qué posibilidades o que rezagos tenemos las mujeres en los ámbitos de la salud". Bueno y fue catastrófico, porque en realidad entre el 60-65% de todo el personal de la salud somos mujeres, pero después en la masa global salarial las mujeres ganan o ganamos un 20% menos que los varones (Entrevista 1).

En esta afirmación hace referencia a la diferencia salarial según sexo entre quienes trabajan en la salud. Al avanzar en la descripción de esta desigualdad va dejando en evidencia que el SNIS se encuentra generizado:

Los hombres acumulan los cargos, la mayor parte de los cargos de jefatura de servicios, salvo por ejemplo los de enfermería (Entrevista 1).

Los cargos jerárquicos, según describe la persona entrevistada, son cubiertos por varones. A su vez hace la diferencia con la enfermería que es una disciplina con mayor grado de feminización. A continuación describe cómo los cargos de alta dedicación (CAD), con mayores sueldos, son cubiertos por varones pero a su vez, marca la diferencia en la especialidad pediátrica dentro de la medicina que es una especialización altamente feminizada.

Después lo que tratamos también de compararlo con los CAD dentro de los médicos y ahí en realidad también los hombres en general, si vos sacas a pediatría, lo acaparan los hombres al resto (Entrevista 1).

Luego profundiza aún más asociando los niveles de atención dentro del sistema de salud y asociando el tercer nivel de atención con lo masculino y el primer nivel de atención con lo femenino:

Entonces, siempre digo que hay una especie de asociación varones, machistas, en el tercer nivel de atención, ¿no? porque claro el primer nivel de atención también es el otro que en realidad tira para las mujeres, y si es posible cirujano o que haga alguna especialidad que sea invasiva. Esos son los sectores que presentaron mayores resistencias a las políticas de género (Entrevista 1).

Marca también la diferencia en cuanto a las especialidades quirúrgicas que presentan una

mayor proporción de varones entre quienes desarrollan esa especialidad.

Por lo tanto, si bien solamente una de las personas entrevistadas analiza este aspecto, lo hace de una manera en que grafica claramente al sistema de salud como institucionalidad generizada en cuanto a salarios, cargos jerárquicos, disciplinas y especialidades médicas y niveles de atención. Deja así en evidencia el techo de cristal³ y las paredes de cristal⁴ que presentan las mujeres que trabajan en la salud.

Esto no es un aspecto menor a la hora de pensar el desarrollo del cambio de modelo de atención ya que los ámbitos y las profesiones masculinizadas en general están mejor valoradas a nivel social y tienen mejores remuneraciones que las feminizadas (Gaba, 2010). Este aspecto deja planteada la pregunta de si es posible avanzar en el cambio de modelo de atención que implica el énfasis en el Primer Nivel de Atención y en el abordaje de salud integral, familiar y comunitaria, aspectos feminizados en el sistema, sin fortalecer la perspectiva de género y romper lógicas patriarcales en el SNIS.

Aspectos institucionales para la transversalización de género.

Durante el primer gobierno frenteamplista la prioridad de la agenda a nivel de políticas de salud era la creación del SNIS. Algunas de las personas entrevistadas fueron las principales responsables en la redacción de la Ley 18.211 de creación del SNIS. En su discurso, estas personas refieren que la incorporación de la perspectiva de género en la estructura de la reforma de la salud no era una preocupación relevante.

En el periodo 2005-2010 nosotros tuvimos, estábamos dominados por armar la arquitectura jurídica, institucional y política de la reforma del SNIS. Los avances de la concreción ya más detallada de instrumentos institucionales como le llamaste muy bien tu de conformar una política de género fueron más débiles porque estaban primando más otras cosas (Entrevista 2).

Después tuvimos un obstáculo, yo diría en el periodo 2005-2010, sin duda, fue el de, el de estar haciendo una reforma de carácter general que hizo que el

programa de la mujer tuviera mucho peso y formara parte del proceso de la reforma, pero no hubiera una cuestión de transformación mayor de los servicios (Entrevista 2).

Si bien la incorporación de la perspectiva de género en la creación de la estructura de la reforma no aparecía como preocupación entre quienes lideraron la creación del SNIS, si aparece como preocupación en la referente del tema género del MSP en esa época que afirma que realizó esfuerzos para que se incorporara este aspecto a través de la escribiente de la reforma que era conocida como feminista:

Bueno en ese equipo estaba XXXX trabajaba con XXXX que era la abogada del Ministerio para todas esas cosas. Empezaron a trabajar sin parar, sin parar, sin parar, no dormían, no respiraban. Fue muchísimo el trabajo que hicieron y yo el género lo podía poner también en cuentagotas. Hablaba mucho con Isabel pero XXXX era la escribiente la que ponía los reglamentos, las cosas, las cosas. Salió la reforma, salió la reforma sin género, no había nada específico para lo de género (Entrevista 8).

Al analizar las leyes que dan el marco legislativo al SNIS se puede ver esto reflejado. La Ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud no contiene palabras vinculadas a la categoría género. La Ley que sí incluye estas palabras es la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. La Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo incluye la palabra mujer que se puede inferir que se refiere al hecho biológico de la gestación que se asocia habitualmente con el ser mujer y no contempla la situación, por ejemplo, de embarazo en varones trans.

La palabra género no aparece en ninguno de los Decretos seleccionados en este trabajo.

Previamente al inicio de la reforma se advertía desde la sociedad civil que en diversos procesos que se habían desarrollado en América Latina los 20 años previos, las reformas del sistema de salud y la agenda de género fueron dos agendas, con lenguajes distintos, con orígenes diferentes y sustentado por diferentes actores. Ha sido difícil tender puentes sólidos que permitan diálogos consistentes entre ambas vertientes (López, 2006). Uruguay vivió también estas tensiones en el proceso de construcción de la reforma del sistema

³ Barrera invisible que impide a las mujeres que cuentan con calificación y experiencia crecer en sus ámbitos de trabajo a la par que los varones con similares aptitudes (D' Alessandro, 2016).

⁴ Mecanismos invisibles que impiden que haya movimientos horizontales de trabajadoras hacia ocupaciones que están asociadas con lo masculino (D' Alessandro, 2016).

de salud. Se advertía también desde estos ámbitos la necesidad de incluir en el diseño de la reforma de salud un enfoque de género que trascienda

exclusivamente las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva (López, 2006).

Tabla 2: Frecuencia absoluta en palabras de la categoría de género en leyes seleccionadas.

	Ley 19.529	Ley 18.987	Ley 18.426	Ley 18.335	Ley 18.131	Ley 18.211	Totales
Género	1	0	2	0	0	0	3
Hombre	0	0	4	0	0	0	4
Mujer	0	20	6	0	0	0	26
Transexual	0	0	0	0	0	0	0
Totales	1	20	12	0	0	0	33

Fuente: elaboración propia

Sin embargo, los referentes entrevistados reconocen que, para que se pueda profundizar en la incorporación de la perspectiva de género, deberían existir mecanismos institucionales para esto:

Pero bueno, y dispositivos, porque después tiene que tener dispositivos, porque también los aspecto ehh.. todo termina al final, para que la política se produzca tiene que haber el dispositivo, es decir cómo lo hago (Entrevista 2).

Creo que nos falta universalizar el enfoque de política de género a todo el sistema que en realidad es de impulsos más aislados o de planteo en una meta que las metas cambian con el tiempo. Pones una meta y después para mantener el cambio de conducta o el cambio de gestión que pretendes hacer con esa meta como que tendrías que seguir viendo el impacto en forma permanente porque si la dejas rápidamente retrocede (Entrevista 3).

En el sistema de salud, por más que hubo muchos avances, creo que ahí el obstáculo más grande fue que en el diseño como tal no fue concebido [el género] como un eje de prioridad absoluta, fue una cosa que vino impuesta por el movimiento social feminista (Entrevista 7).

Una de las personas entrevistadas destaca que en el modelo de financiamiento hubo un impacto generizado debido a la incorporación de sexo como variable diferencial para el pago de las cásitas a los prestadores de salud:

Pero entonces quedó claro que era por edad y sexo y ahí claramente hay una perspectiva de género ¿no?. Porque por ejemplo en Israel era solo por edad y habían evaluado que eso había sido un factor negativo para la atención de las mujeres y en el 2000, después que nosotros, en el 2011, el seguro de salud israelí es del 96, recién en el 2011 cambiaron la metodología y pasaron de edad a

edad y sexo. O sea que eso claramente tiene una perspectiva de género (Entrevista 5).

Los costos vinculados a la función reproductiva y a la mayor expectativa de vida encarecen habitualmente la prima de salud de las mujeres por lo que aparece como un factor relevante de la reforma de salud el hecho de que traslade a la población el mayor costo asociado por la edad, el género y la reproducción de la sociedad (Rodríguez y Perazzo, 2006). Esto se logra ya que todas las personas aportan según sus ingresos pero los prestadores de salud reciben cuotas diferenciadas según edad y sexo de las personas afiliadas a la institución. A esto se suma la prohibición por Ley de rechazar a un potencial usuario amparado por el SNIS lo que garantiza el acceso de las mujeres en edad reproductiva y las adultas mayores (Rodríguez y Perazzo, 2009). Es importante evaluar el impacto negativo que tiene que se mantenga el “pago de bolsillo” con los tickets moderadores en los prestadores privados de salud. Si bien se ha ido disminuyendo el precio y exonerado de pago prestaciones sensibles desde una perspectiva de género, este pago sigue existiendo. Si se tiene en cuenta los fenómenos de negociación dentro del hogar y la forma como se establecen las prioridades de los gastos en él, este pago puede tener un sesgo de género ya que las mujeres quedan habitualmente relegadas en esta negociación intrafamiliar de definición de prioridades de salud quedando como las “últimas de la lista”, no pudiendo garantizarse de esta manera la equidad en los tratamientos ambulatorios (Rodríguez y Pedrazzo, 2009). Las mujeres presentan en promedio salarios más bajos por lo que el aporte porcentual al FONASA igual para todos los salarios puede considerarse de forma indirecta un componente de solidaridad entre géneros (Rodríguez y Pedrazzo, 2009).

Fortalezas del SNIS para disminuir las desigualdades de género.

Debido a que existen desigualdades de género en la distribución de las tareas de cuidado en la sociedad, las carencias de los sistemas de salud repercuten en general en aumentar la sobrecarga de cuidado sobre las mujeres ya que son quienes lo suplen en su rol de “curadoras”. Por lo tanto, ningún aspecto del SNIS y su funcionamiento puede considerarse neutro al género.

En cuanto a las fortalezas para disminuir las disparidades de género aparece en algunas de las entrevistas la reforma del modelo de financiamiento como una medida con un impacto en este sentido. Este punto fue analizado previamente.

Aparece como fortaleza del SNIS, para disminuir las barreras en el acceso, el desarrollo del Primer Nivel de Atención con policlínicas barriales donde las personas viven o trabajan. Se destaca que este nivel de atención tiene menos resistencias para la incorporación de la perspectiva de género que la atención hospitalaria:

Como la mayor parte de las políticas de género en realidad vos las ejecutas en el Primer Nivel de Atención, porque son políticas más de salud que de enfermedad, digámoslo así y entonces como es en el Primer Nivel de Atención no tenés esas resistencias (Entrevista 1).

Otra de las acciones valoradas positivamente para disminuir las desigualdades es el acceso universal a la salud dentro del SNIS:

Bueno, la primera, fundamental [fortaleza del sistema] es el acceso universal (...). O sea una cosa es el modelo que intenta desde lo micro generar espacios de mejorar la atención de las mujeres a un modelo donde en realidad el acceso de las mujeres a la atención de la salud es el acceso universal a las prestaciones, a todo, a los servicios, a las prestaciones, a los programas (Entrevista 2).

En el cambio de modelo de gestión en todos los discursos aparece la rectoría⁵ del MSP como una gran fortaleza para el desarrollo de la perspectiva de género ya que disminuye las arbitrariedades o desigualdades en el acceso a la salud según prestadores de salud. Dentro del SNIS

⁵ “la noción de rectoría que involucra una revisión de la función de regulación y requiere de mucha mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. (...) Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y

todos los prestadores, públicos y privados deben desarrollar los programas, cumplir las metas asistenciales y brindar las prestaciones incluidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) y los lineamientos definidos por el MSP y la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

Se hacen visibles de esta forma las barreras detectadas por las personas entrevistadas y las acciones y fortalezas del sistema para abordar estas barreras. El cambio de modelo de financiamiento, el cambio de modelo de atención y el acceso universal a la salud son evaluados en sí mismos como las principales fortalezas para garantizar el acceso igualitario a la salud. En este punto parece claro que, a pesar de la ceguera de género en el diseño de la reforma de salud, esta es un campo fértil para el desarrollo de la perspectiva de género. El cambio de modelo de atención, de gestión y de financiamiento aparecen como terrenos propicios para la incorporación de este enfoque y a su vez la transversalización de género en salud puede ser un factor que favorezca la profundización de la reforma. Esto es posible debido a un horizonte común de igualdad, equidad y justicia social compartido por ambas agendas.

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 SNIS puede considerarse una institucionalidad generizada ya que los cargos jerárquicos, la división por disciplinas y especialidades médicas y niveles de atención se encuentra organizado en función a lo que se asocia como masculino o femenino en la sociedad. Esto implica la existencia clara de techos de cristal y paredes de cristal para las mujeres trabajadoras de la salud. De este análisis es posible inferir que romper con este patrón generizado del SNIS colaboraría en potenciar el cambio de modelo de atención ya que este requiere jerarquizar disciplinas, niveles de atención y áreas temáticas asociadas fuertemente en la sociedad con lo femenino y por lo tanto desvalorizadas.

En el proceso de creación de la reforma de salud no estuvo entre las preocupaciones la incorporación de la perspectiva de género. Sin

llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria” (Tobar, 2012)

embargo, desde el movimiento feminista y desde feministas dentro del gobierno frenteamplista se intentó hacerse eco de la necesidad de que este aspecto fuera tenido en cuenta en el diseño de la reforma. Un aspecto en el cambio de modelo de financiamiento de la reforma que incorpora una sensibilidad de género es el pago por cápita a los prestadores de salud en función de la edad y el sexo de las personas afiliadas. Esto tiene un impacto generizado ya que el mayor costo en salud de las mujeres en edad reproductiva o por su mayor expectativa de vida genera un impacto redistributivo. Sin embargo, se mantiene el pago de bolsillo para determinadas órdenes y medicamentos que deja a las mujeres en desventaja por su menor capacidad de negociación sobre los gastos dentro del hogar fruto de las desigualdades de poder según género.

Ningún aspecto del funcionamiento del SNIS puede considerarse neutro al género. El modelo de financiamiento tiene componentes importantes que colaboran con la igualdad de género. En el cambio de modelo de atención y de gestión, un fuerte Primer Nivel de Atención, el acceso universal y el rol de rectoría del MSP parecen ser aspectos fundamentales para permitir una profundización en la transversalización de género en el sistema de salud. Por esto, 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.

Referencias bibliográficas.

- Acker, Joan (1990). "HIERARCHIES, JOBS, BODIES: A Theory of Gendered Organizations", *Revista Gender y Society*, Vol 4, No 2; pp. 139-158. Disponible en: <http://www.csun.edu/~snk1966/J.%20Acker%20Hierarchies.%20I%20obs.%20Bodies%20--%20A%20Theory%20of%20Gendered%20Organizations.pdf>
- Arias, Maria (2000). "La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones", *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, Universidad de Antioquia, vol. 18, No 1; pp. 13-26. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/16851/14590>
- D'Alessandro, Mercedes (2016). *economía feminista*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Denzin, Norman y Lincoln, Yvonna (2012). *Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Dinys, Luciano (2011). *Incorporación de la perspectiva de género en programas, proyectos y políticas de salud*. Washington: OPS.
- Gaba, Mariana Raquel (2010). *Las organizaciones generizadas. La perspectiva de género en acción en el mundo de las organizaciones*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Hernández Sampieri, Roberto (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Kabeer, Naila (1994). *Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. Nueva York: Verso.
- Krippendorff, K.(1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós Comunicación.
- López, Alejandra (2006). *Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el contexto de la reforma de salud en Uruguay*. Montevideo: MYSU. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2017/03/MYSU-LOPEZ-GOMEZ-Alejandra-2006-Los-DS-y-los-DR-en-el-contexto-de-la-reforma-de-salud.pdf>
- Rodríguez, Sandra y Perazzo, Ivonne (2009). *Reformas en el Uruguay: una mirada desde la perspectiva de género*. Montevideo, Uruguay: CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5028/1/S2009417_es.pdf
- Scott, Joan (1996). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México. 265-302p.
- Tobar, Federico (2012). *Políticas de salud: Conceptos y herramientas*, en Garay, O (Coordinador), *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica*. Civil y Penal. Buenos Aires: Editorial La Ley.
- Zaremborg, Gisela (2014). *El género en las políticas públicas: Redes, reglas y recursos*. México: Flacso