

**“RUTA CRÍTICA” DE LA SALUD DE LAS MUJERES: INTEGRALIDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Proyecto UBACyT P809**

**Área Temática:** Trabajo y Género.

**Autoras:** Dra. Débora Tajer, Lics. Alejandra Lo Russo, Mariana Fontenla, Mag. Mariana Gaba, Lic. Graciela Reid

[dtajer@psi.uba.ar](mailto:dtajer@psi.uba.ar)

Proyecto UBACyT 06-09 P809, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología UBA

# **“RUTA CRÍTICA” DE LA SALUD DE LAS MUJERES: INTEGRALIDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN LA CIUDAD DE BUEN. Proyecto UBACyT P8090S AIRES**

**Palabras clave:** Salud – Mujeres – Integralidad – Género

## **Abstract**

Este proyecto releva los grados de integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires, detectando las necesidades, las significaciones y las prácticas de realizadas los/as profesionales de la salud y de la población asistida. Analizando, así mismo, los programas existentes.

El diseño es de tipo exploratorio descriptivo, utiliza metodología cualitativa en la recolección y análisis de información y técnicas de investigación acción participante para relevar obstáculos y colaborar en construir un modelo integral dirigido a la promoción y atención de la salud de las mujeres con perspectiva de género. Incluye en su medición, la existencia en estos programas de una mirada hacia las necesidades en salud de cada etapa etaria y un enfoque preventivo hacia los problemas de las etapas siguientes. Considerando a las mismas como componentes de la ampliación de las capacidades de los/as sujetos/as de vivir una vida mas saludable y con mayores grados de ciudadanía.

Se desarrolla brevemente un marco teórico para entender la articulación entre políticas públicas, perspectiva de género y trabajo desde los efectores en salud.

Esta investigación eligió trabajar sobre 4 programas diferentes (con efectores y usuarias) y se presentarán las principales conclusiones en relación a aspectos de organización y estructuración de los servicios ofrecidos por los programas y el grado de inclusión de la perspectiva de género.

# **CRITICAL ROAD OF WOMEN'S HEALTH: INTEGRALITY AND GENDER EQUITY IN HEALTH PRACTICES AMONG WOMEN IN BUENOS AIRES CITY**

**Key words:** Health – Women – Equity – Gender

## **Abstract**

The aim of this research is studying the degree of integrality and gender equity in health care practices among women in the City of Buenos Aires. Detecting needs, significations and health care practices in population, practitioners and programmes.

It is an exploratory-descriptive project that uses qualitative methodology in data recollection and analysis. Action participant techniques are used to assess obstacles and to collaborate in the building of a more integral model in women's health promotion and care from a gender perspective. It includes an evaluation if whether the programs take in account health needs according to age stage, and a prevention angle towards the following stages. By considering them as a way of enlarging subjects' capacities to live a healthier life acquiring greater levels of citizenship.

A conceptual framework is developed to understand the articulation between public policies and the gender perspective.

This research chose to work with 4 different programs and the main conclusions regarding organization aspects of the programs and the degree of incorporation of the gender perspective will be presented.

# **“RUTA CRÍTICA” DE LA SALUD DE LAS MUJERES: INTEGRALIDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES - Proyecto UBACyT P809 (1)**

## **Presentación General de la Investigación**

Esta investigación se ha propuesto identificar los grados de integralidad y equidad de género en las prácticas de la salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires. Para lo cual se escogieron cuatro programas del “**ámbito de la Salud**” (La Rosa L., 2004), definiendo al mismo desde una concepción del espacio de la acción pública de la salud en sentido amplio, que comprende tanto a los servicios de salud, como a los ámbitos cotidianos en los cuales se conforman los determinantes de la situación de salud.

Los programas escogidos han sido:

- 1- **Buenos Aires en Movimiento** de la Dirección General de Promoción de Actividades Deportivas de la Subsecretaría de Deportes, de la Secretaría General del GCBA. Es un programa desarrollado en las distintas plazas de la Ciudad. Se trabajó con la Sede de Plaza Irlanda.
- 2- **Salud Comunitaria y Género** de la Dirección General de la Mujer del Ministerio Derechos Humanos y Sociales GCBA. Se trabajó con el Programa de Prevención del cáncer génito mamario, tanto desde la Dirección General de la Mujer como en distintos hospitales donde éste es implementado.
- 3- **Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS)** de la Dirección de Capacitación y Desarrollo del Ministerio de Salud GCBA, específicamente con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Se eligió el Cesac Nro 12, dependiente del Área Programática del Hospital Pirovano, y

- 4- **Federación Argentina de Médicos Generalistas.** Se eligió el Cesar Nro 35, dependiente del Área Programática del Hospital Penna.

Los Programas fueron elegidos con un criterio finalístico que siguió las siguientes pautas:

- que se desarrollaran en el ámbito público de la Ciudad de Buenos Aires,
- que estuvieran vinculados a un servicio del área del ámbito de Salud en sentido amplio,
- que presenten diversidad entre sí,
- que contaran con una población de usuarias mujeres,
- que incluyeran entre sus principios promover la equidad de género,
- que fueran programas “amigables” a esta investigación y a los que se tuviera acceso. Para ello, se exploraron programas en los cuáles miembros de este equipo tenían un contacto previo, como ser relaciones previas de trabajo, entre otros.

Por otro lado, esta investigación se inscribe en un tipo de metodología conocida como de Investigación Acción Participante -IAP- (Montero, M., 1994, 2004) la cual se caracteriza porque los investigadores y los participantes representativos de la investigación están involucrados de un modo cooperativo. Este diseño es congruente con uno de los objetivos de la investigación, que consiste en contribuir a avanzar en la integralidad y equidad de género de las prácticas de promoción, atención y rehabilitación en salud de los programas relevados.

Como técnica de recolección de datos, se realizaron entrevistas semi-dirigidas a profesionales, administrativos/as y usuarias de los programas, tanto en modalidad individual como grupal. En el siguiente cuadro se reflejan las entrevistas tomadas.

<b>Programa</b>	<b>Informante Clave</b>	<b>Profesional es</b>	<b>Administrativos/ as</b>	<b>Usuar s</b>
<b>Buenos Aires en Movimiento</b>	1	5		3
<b>RIEPS</b>	1	3	1	10
<b>DGMuj</b>	2	5	2	9
<b>Federación Médicos Generalistas</b>	1	5	5	4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>26</b>

Uno de los propósitos (u objetivos generales) de esta investigación es intentar contribuir en el avance de la implementación de prácticas que colaboren a construir políticas públicas en salud con perspectiva de género, que incluyan una perspectiva de subjetividad y que colaboren en la identificación de los modos en los cuales la diferencia entre los géneros se transforma en inequidad en salud. (2)

Ahora bien, ¿cuál es la importancia de incluir la perspectiva de género cuando hablamos de políticas públicas en salud? Primeramente esto es un imperativo relativo al signo que adoptan las políticas internacionales en nuestros días. La inclusión de la perspectiva de género en la agenda programática de la mayoría de los Estados implica, como ya se mencionó, considerar a la equidad entre los géneros como una necesidad humana. Esto trae aparejadas dos consecuencias. Por un lado, los Estados que adhieren a estos tratados internacionales tienen la obligación de hacerlos cumplir ya que dicha adhesión tiene carácter vinculante. Y por el otro, en aquellos países donde los niveles de inequidad de género son elevados y la capacidad local de revertir esta situación es baja, el Estado debe responder públicamente por esta injusticia de acuerdo a las presiones internacionales (Tajer, D., 2004) Esta concepción reubica el rol de las políticas públicas en salud en la producción y provisión de bienes y servicios para el cuidado, protección y promoción de la salud pública.

Por otra parte, cabe destacar, que existe suficiente evidencia para afirmar que la diferencia entre los géneros, es decir la *división social del trabajo y el poder por sexo*, establece una estrecha vinculación entre los perfiles epidemiológicos de una población y las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud (Gómez Gómez E., 1994, 2002). En este sentido, este proyecto utiliza aportes del enfoque de “**género en desarrollo**” (GED) que propone un balance de poder en términos creativos, facilitando procesos de autonomía y autodeterminación, generando democracia y participación de ambos géneros, haciendo hincapié en la equidad (De Los Ríos R., 1995) (Godoy Fonseca R., 1997).

Podemos mencionar cómo el género determina diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención, establece diferentes perfiles de morbi-mortalidad en la población para varones y mujeres, diferentes formas de atender a varones y a mujeres, en definitiva formas de enfermar y tránsitos por los sistemas de salud diferenciales según el género, diferencias configuradas por modos desiguales de subjetivación y distribución de poder.

Ahora bien, estas diferencias, que responden a asimetrías sociales entre los géneros, provocan inequidad en salud y niveles de autonomía diferenciales. ¿Qué significa equidad en salud? Este concepto implica cubrir las necesidades (iguales y diferentes) de varones y mujeres, no reproduciendo las estereotipias de género que impiden visibilizar las necesidades reales de los/las sujetos. Desarrollar acciones equitativas en salud supone fomentar la autonomía de los/las sujetos, es decir, promover la democratización de la participación de las personas en lo que se refiere al proceso salud-enfermedad-atención.

En este punto se hace evidente que las mujeres ocupan posiciones desventajosas en las estructuras sociales y económicas tradicionales. Es así como la inclusión de la perspectiva de género trasciende la necesidad de adherir y cumplir con los pactos internacionales y se torna un imperativo ético para los gobiernos. Muchas

veces se piensa que al hablar de autonomía se está liberando al estado de sus responsabilidades. Esto no debe necesariamente ser interpretado así. La construcción de autonomía implica que un sujeto pueda decidir según sus convicciones entre distintas opciones que se presenten. Para poder decidir es necesario que el estado garantice estas opciones. Ya que, tal como señala el premio Nobel en economía Amartya Sen, “el Estado se convierte en garante de una tolerancia a la desigualdad de género lo cual queda estrechamente ligado a nociones de legitimidad y reconocimiento”. Legitimidad y reconocimiento de una diversidad con necesidades diferenciales que deben ser satisfechas y tenidas en cuenta a la hora de diseñar y planificar políticas públicas en salud. Pasar por alto a las cuestiones mencionadas en lo relativo a la equidad y el reconocimiento y legitimación de la diversidad no puede conducirnos a otro lugar más que a aquel que queda definido por el ejercicio de la violencia, la discriminación y la convalidación de las desigualdades de género.

La manera en que se llevan a cabo las prácticas en salud, refiriéndonos tanto a los efectores como al modo en que las usuarias realizan sus caminos espontáneos (3), nos permiten visualizar la concepción que cada actor social posee sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

Un tipo de concepción acerca de este proceso es el Modelo Médico Hegemónico (Menendez, E., 1987), cuyas características principales son: el biologicismo, una concepción teórica evolucionista-positivista, la ahistoricidad, asocialidad, el individualismo y la eficacia pragmática. Así mismo presenta una relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, una participación subordinada por parte de los usuarios/as en las acciones de salud, y sus saberes no son considerados. Prácticas y concepciones son guiadas por una racionalidad científica que excluye a los otros modelos de atención (modelos alternativos de atención, autoatención). Por último, se señala que detrás de todas estas prácticas se observa una clara tendencia al control social e ideológico.

Por el contrario, la concepción desde la cual llevamos a cabo esta investigación, es la del movimiento de Salud Colectiva (De Almeida Filho, N., 1999) en tanto campo de conocimiento que estudia el fenómeno salud-enfermedad de poblaciones en su carácter de proceso social, y que procura comprender las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca sus explicaciones y se organiza para enfrentarlos. Asimismo, implica un campo de prácticas que toma las necesidades sociales de salud como objeto, entiende los distintos saberes, disciplinas como instrumentos de trabajo, y dirige a los grupos sociales sus actividades e intervenciones.

Por otro lado, desde este enfoque adquieren relevancia otros indicadores en salud, tales como:

**Integralidad:** que implica la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de los sujetos y colectivos sociales en sus necesidades de salud de un modo abarcativo e incluyente (Costa, 2004). Comprende la articulación entre las distintas modalidades de autoatención (Menendez, 1978) de las comunidades y el sistema de salud, produciendo mayores grados de integralidad en la medida en que atiende a la complejidad de los contextos socio-históricos, políticos, etc. en que las personas viven cotidianamente.

**Equidad:** que se define como la oportunidad justa de alcanzar el potencial en salud. Nadie puede, ni debe, estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar. En términos operacionales, ello supone una reducción al mínimo posible de los factores diferenciales de salud y de acceso de los servicios sanitarios. Cuando en este trabajo hablamos de inequidad de género (Whitehead, 1990) hacemos referencia a:

- La entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales.
- La entrega de atención diferente cuando las necesidades son iguales.
- Un trato que refuerce estereotipos de género.

**Ciudadanía:** según T.H. Marshall (1965) implica un status de plena pertenencia de los individuos a una sociedad. Se considera ciudadanos a los miembros de una determinada comunidad que disfrutan los derechos en tres ámbitos: civil, político y social. Al ser ciudadano/a una persona no solo ejerce derechos sino que también tiene obligaciones.

**Autonomía:** se la considera un componente dentro del concepto de ciudadanía. Implica el derecho de los sujetos a conservar sus actitudes sobre su ciclo salud/enfermedad. Para esto es necesario brindar información clara y completa, de manera que los sujetos puedan decidir sobre esta base. De lo que se trata es de no crear dependencia, sino promover capacidades en las personas, así como condiciones de vida materiales y subjetivas con perspectiva de derechos.

En el caso de esta investigación, se creó una escala de integralidad y equidad de género por grupo etario para medir las prácticas de promoción y atención en salud. Dicha escala ha permitido dar cuenta de las prácticas de promoción, prevención y atención en salud, de los cuatro efectores escogidos para el trabajo de campo. La escala diseñada toma como base una propuesta elaborada por Ana Maria Costa para medir los grados de integralidad de la aplicación del PAISM (4) (Costa A.M., 2004), que incluye 4 valores: **Integral, Semi Integral, Transicional y Asistencial.**

Las características principales de cada valor que mide el grado de integralidad y equidad de género de las prácticas de atención son:

**Integral:** refiere a un modelo que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención, y que tal concepción se traduce en las prácticas de atención. Estas incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la

noción de autonomía, de equidad, ciudadanía y las necesidades en salud según el ciclo de vida.

**Semi integral:** refiere a un modelo que presenta, en general, los principios del integral, logrando sólo en algunos aspectos realizar prácticas que los incluya.

**Transicional:** refiere a un modelo que a nivel de las representaciones incluye los principios de integralidad y equidad de género, pero las prácticas se ubican más cerca de un modelo asistencial centrado en lo biomédico.

**Asistencial:** refiere a un modelo cuyas concepciones y prácticas se corresponden con un modelo biomédico y paternalista, fundamentalmente basado en la atención de la enfermedad y cuyo abordaje preventivo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo.

Este diseño de valoración cualitativa se realizó tanto para identificar el modelo de atención de los/as profesionales (en sus diversos niveles de responsabilidad), así como el tipo de concepciones y prácticas de las usuarias. Con tal motivo, se diseñaron entrevistas para profesionales y para usuarias.

La implementación cualitativa de la Escala de Integralidad y Equidad de Género implicó que cada sub-equipo de trabajo de esta investigación se abocase a un Programa específico. Así, cada sub-equipo analizó la información recabada a través de entrevistas y observaciones participantes-no participantes, la ubicó en las variables de la escala, y otorgó diferentes puntajes a la totalidad del Programa y a sus componentes.

### **Conclusiones preliminares del análisis de los Programas elegidos**

Para este trabajo nos concentraremos en presentar las características analizadas de los Programas, relevantes desde una perspectiva de género, que nos permitan visualizar cómo, mediante la estructuración y las prácticas cotidianas de los

integrantes de dichos Programas, se producen o reproducen diferencias de género (o no) con un impacto directo en la implementación final del servicio que el Programa pretende ofrecer a la comunidad, específicamente a la población de usuarias mujeres.

Entendemos que los modos de atención no están separados de los modos de consulta (de las usuarias), pero en esta oportunidad el foco estará puesto sobre los Programas. Para ellos, profundizaremos sobre una serie de ejes:

- 1) Aspectos de organización y estructuración de la oferta del servicio. Prácticas que reproducen (o no) inequidades de género.
- 2) Grado de incorporación de la Perspectiva de Género en los efectores/as.

### **1) Aspectos de organización y estructuración de los programas**

- a) Oferta del servicio y población destinataria:

En general se observa una estructuración del servicio formalmente dirigida a varones y mujeres, pero que en la práctica tiene como población casi exclusivamente mujeres. Las explicaciones que los/as efectores/as se dan en relación a esto varían de acuerdo a cada Programa y la inserción profesional/académica específica de cada efector/a.

En el marco de los acuerdos establecidos con la **Federación Argentina de Médicos Generalistas**, decidimos desarrollar el trabajo de campo en el Centro de Salud y Acción Social Comunitaria (CeSAC) N° 35 del barrio de Villa Soldati. Allí se ofrecen servicios de consultorios externos en diversas especialidades (odontología, kinesiología, psicología, ginecología, pediatría, cardiología y medicina general) y cuentan con algunos programas puntuales (“Control del niño sano”; “Salud Escolar”; “Centro de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico en VIH-Sida (CePAD)”, talleres con padres, trabajo con comedores, etc.) De acuerdo a lo referido por los/as profesionales y las observaciones realizadas, la mayoría de

la población asistida son mujeres y niños/as. También afirman que, en relación a otros centros, se acercan al CeSAC N° 35 una cantidad importante de varones. De todas formas este número nunca es mayor que el de mujeres. En función de tales datos planteamos como hipótesis que quizás se acercan más varones porque hay médicos generalistas (diez residentes) que generan otro modo de vínculo profesional-usuario.

Por su parte, el Programa Buenos Aires en Movimiento, y en particular, la Sede Plaza Irlanda donde realizamos el trabajo en terreno, cuenta con una oferta de realización de actividad física al aire libre, abierta a la comunidad (adultos, varones y mujeres). Si bien la convocatoria oficial no restringe según sexo, edad o condición socio-económica, la modalidad de actividad propuesta parece resultar más atractiva para las mujeres adultas y adultas mayores. Al respecto, sus efectores/as refieren que *“En general el grupo mayor está entre cuarenta y sesenta años. Mayoría mujeres. Te diría un noventa por ciento mujeres. noventa, noventa y cinco por ciento, mujeres”*. Estos efectores/as entienden que la razón que explica la escasa participación de varones se ubica en el tipo de actividad y el contexto del espacio público en el que se desarrolla: *“Yo pienso que es porque la actividad es al aire libre, entonces están muy expuestos a la mirada de, de sus amigos, de la gente que pueda llegar a pasar”*. Asimismo identifican que los intereses de la población masculina no suele armonizar con la propuesta de la Sede: *“Porque el varón apunta... la mujer, a estar más delgada. El varón, por ahí, a tener más músculo, y en la plaza no vas a sacar más músculo. Porque eh... no. Porque no tenemos los elementos, no es una cosa que nos interese”*. Es decir, hay una marcada presencia de usuarias mujeres en el programa y esto es tomado como si fuera principalmente un tema de “elección” de los varones.

Con respecto a la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud RIEPS, trabajamos con el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del CeSAC N° 12 del barrio de Colegiales. Allí se ofrecen “grupos de primera vez” que consisten en encuentros informativos sobre el Programa y sobre métodos anticonceptivos. Este grupo precede a la primera consulta ginecológica. También

existe otro grupo abierto en general, donde se tratan temas puntuales como derechos sexuales y aborto. A su vez, cuentan con el espacio asistencial de consulta ginecológica, la entrega de métodos anticonceptivos y el trabajo extra-mural realizado en escuelas, hoteles y hogares. La población que se acerca al programa es en su mayoría femenina. De las entrevistas se desprende que el motivo de consulta principal de las usuarias es la búsqueda de un método anticonceptivo y que las mujeres que concurren se encuentran en edad fértil. Pareciera reproducirse la ecuación salud femenina=salud sexual y reproductiva, dejando por fuera también el rol de los varones.

En la Dirección General de la Mujer (DGMuj), la investigación se centró en el Programa de Prevención del Cáncer Génito Mamario. Este programa cuenta con una central de atención telefónica (Operadoras de la Línea Derechos a la Salud) y con delegadas distribuidas en seis Hospitales Públicos. El servicio principal consiste en la oferta de turnos para la realización de un papanicolau y un examen mamario, la concurrencia al Hospital para el mismo, y luego la entrega de los resultados. En el contacto de las usuarias con el programa se trabajan otros aspectos vinculados a la salud en general y a los derechos. Este servicio está dirigido a mujeres.

- b) La oferta horaria: una de las barreras de acceso con especificidad de género.

Otra característica importante encontrada en común en los cuatro Programas es una oferta de servicios en un horario reducido en muchos casos y coincidente con los horarios laborales de la mayoría de las profesiones y/o ocupaciones, es decir, de lunes a viernes en el horario entre las 9 y las 18 hs. Consideramos que esto constituye una barrera (hoy en día) de acceso diferencial por género ya que en los diferentes modos de inserción (por género y por clase), serán las mujeres las que tendrán más posibilidades de aprovechar estos horarios, mientras que los varones no tendrán facilitado el acceso. En general, esta barrera que ofrece el horario, no es visualizada por los/as efectores/as, y cuando lo es, se naturaliza como la única modalidad posible de horario a ofrecer.

En el caso de la Federación de Médicos Generalistas (CeSAC N° 35), la atención es de lunes a viernes de 8 a 17 horas. Este sería el horario institucional. Como mencionado anteriormente los/las profesionales no encuentran barreras de acceso por el horario para los varones.

En el caso de la RIEPS (CeSAC N° 12), los/as profesionales entrevistados/as comentan que *“todo va a depender de la disponibilidad horaria de cada profesional”*. De esta manera se puede observar cómo, desde aspectos administrativos e institucionales, se producen y reproducen asimetrías de género, no teniendo en cuenta las necesidades de la población a la hora de planificar los servicios ofertados.

En el Programa Buenos Aires en Movimiento (Sede Plaza Irlanda), la oferta va de lunes a sábados, en turnos por la mañana (8 a 10 h.s.) y vespertinos (16/17 hs a 19 h.s.).

En DGMuj., de los seis hospitales donde el Programa funciona, el horario de atención en cinco de ellos es de 12 a 17 h.s., y en uno de ellos de 9 a 12 h.s. En una encuesta realizada internamente por la DGMuj. en el año 2008 en relación al nivel de ausentismo (no concurrencia al turno, o no concurrencia a retirar los resultados), gran parte de los motivos estaban vinculados a dificultades con el horario y el trabajo.

c) Segregación horizontal y/o vertical:

Haremos referencia a la actual composición de los diferentes Programas estudiados, en cuanto a la mayor presencia de varones y/o mujeres, tanto en los diferentes niveles de la jerarquía (segregación vertical), como en las diversas áreas y/o sectores de actividad (segregación horizontal).

En el caso del Programa Buenos Aires en Movimiento (sede Plaza Irlanda), se observó una mayoría de mujeres, con la presencia de un sólo profesor varón de educación física. En las entrevistas realizadas, se mencionó la implementación de

la estrategia de que este profesor combine algunas actividades más “atractivas” para varones (aerobox) y junto a su presencia esto pueda servir como herramienta para atraer mayor población usuaria masculina. Es decir que había cierto registro que esta escasa presencia de varones profesores podía contribuir, junto con otros factores, a la menor presencia de usuarios en el Programa.

En el caso de la Dirección General de la Mujer, se observa un predominio total de mujeres, confirmando cierta visión de que “en temas de mujeres, mayoría de mujeres”, en lo que son las operadoras telefónicas y la delegadas en cada Hospital.

En el caso de la RIEPS (CeSAC N° 12), cabe destacar que esta residencia, al abocarse a la promoción de la salud y la prevención más que a la asistencia, posee menos jerarquía que otras que responden al modelo biomédico asistencial, por lo cual generalmente, teniendo en cuenta los perfiles de profesionalización de mujeres y varones, es más elegida por las mujeres. Es decir que al poseer menos prestigio y jerarquía que otras especialidades médicas, es menos atractiva para los varones cuyo perfil de profesionalización se vincula a insertarse en espacios de más estatus dentro del campo de la salud. Sin embargo, los espacios de dirección del CeSAC sí están ocupados en su mayoría por varones (segregación vertical), y trabajan más desde un modelo biomédico, modelo de mayor reconocimiento y estatus en el campo de la salud.

d) Fragmentación Institucional:

Se observa, como características propias del espacio de salud en el ámbito público, un elevado nivel de fragmentación institucional: escasa articulación entre programas, escaso conocimiento de otros programas, centros y lugares donde se ofrecen servicios que podrían converger y potenciarse entre sí, escasez de ciertos recursos materiales básicos, entre otros. Todos estos elementos no favorecen en general, el enriquecimiento de ninguna línea de trabajo, entre ellas, la aplicación de una mirada integral desde la perspectiva de género.

En la Dirección General de la Mujer por ejemplo, se presenta un grado muy alto de complejidad dado que articula administrativas y operadoras telefónicas, con profesionales y administrativas de aquellos hospitales que participan del Programa que se ejecuta en articulación con el Ministerio de Salud. Esta apuesta intersectorial, realizada en aras de lograr mayores grados de integralidad, encuentra como obstáculo altos grados de fragmentación institucional y de diversidad en los imaginarios profesionales. De esta forma, identificar con claridad quiénes son, qué hacen y qué las mueve e inspira a lograrlo, posibilita observar que, si bien todas las entrevistadas manifiestan estar trabajando para el empoderamiento de las mujeres, el registro de un horizonte común en torno al trabajo se convierte en un punto frágil y confuso a medida que se desciende en la pirámide organizacional. Existen deficiencias en torno a la organización del Programa (no existe, por ejemplo, un organigrama detallado donde el personal pueda “situarse” dentro de una estructura mayor).

En la Federación de Médicos Generalistas (CeSAC N° 35), conviven múltiples profesiones médicas hegemónicas, como ser cardiología, con otras menos hegemónicas, ejemplificadas por la psicología y el trabajo social, entre otras, poniendo de manifiesto la necesidad imperiosa de articular a nivel inter-disciplinar, lo cual resulta muy difícil, según manifiestan en las/os entrevistas/os; ya que para que se de un trabajo interdisciplinario, es necesaria la construcción de un marco conceptual común entre las distintas disciplinas intervinientes.

## **2) Grado de incorporación de la Perspectiva de Género en los/as efectores/as.**

En general encontramos un nivel medio a bajo de conocimiento e incorporación de la mirada integral desde una perspectiva de género y como particularidad sobre todo, debemos señalar una notable distancia entre el PENSAR y el HACER, es decir entre el grado de conocimiento conceptual respecto de la temática y la

implementación de esto en las prácticas concretas, con su respectivo impacto en las usuarias. Como características:

- a) Mayor conocimiento de la perspectiva a mayor formación y/o a ocupación de cargos más jerárquicos.

Como dinámica en general, encontramos una mayor presencia en el discurso de los/as efectores de una mirada integral con perspectiva de género en los/as profesionales (sobre todo con formación en áreas sociales) y/o en aquellos/as que ocupan puestos más altos en las jerarquías (de coordinación o supervisión).

Por ejemplo en el Programa Buenos Aires en Movimiento, específicamente la coordinadora del programa en la Sede Plaza Irlanda contaba con una formación específica (en tercera edad), que como área no hegemónica parecía favorecer de por sí una mayor inclinación por considerar otras perspectivas, sobre todo críticas en relación a las propuestas más hegemónicas.

En la RIEPS (CeSAC N° 12), predominantemente ubicamos el personal administrativo en torno al modelo Asistencial y destacamos una concepción tendiente a la Integralidad en el indicador de Ciudadanía, donde se observa una fuerte implicación en cuanto a los derechos de las usuarias y las obligaciones de los profesionales en el Programa. Al respecto señalan que *"...la salud tiene que ser gratuita y bien atendida"* ... *"te agradecen aunque no tienen nada que agradecer"*. Los profesionales involucrados en estas tareas conocen mejor las leyes y el marco de derechos con que se rige el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, acordando en la gratuidad del servicio como un tema de derechos en salud. La mayoría de los profesionales tiende a pensar desde una perspectiva de género, especialmente los que provienen del campo de las ciencias sociales. No entienden como sinónimos el atender a mujeres y la perspectiva de género. En las entrevistas lo manifestaban así: *"... todo está armado para la madre y el niño, es como un vicio del sistema de salud"*; *"...para mi el programa está dirigido a mujeres en tanto madres, no a las mujeres en general, o para evitar que sean madres o para las*

*que ya son madres, evitar otro embarazo y los hombres no tienen espacio en el Programa*". Es decir que encontramos herramientas vinculadas con el campo en la forma de representarse y conceptualizar las problemáticas específicas del Programa.

En la Federación de Médicos Generalistas (CeSAC N° 35) parte del staff profesional, de planta y residentes, expresaron demandas al equipo de investigación relacionadas con necesidades de capacitación en el área de perspectiva de género y salud, ya que no poseían conocimientos al respecto, pero rescatan el valor de esta perspectiva y piensan en ella como una herramienta que quisieran incorporar a sus tareas.

En la DGMuj. encontramos que el nivel de perspectiva de integralidad y género baja a medida que se desciende en la pirámide organizacional (organigrama).

b) Distancia entre representaciones y prácticas:

Como una extensión de lo planteado anteriormente, más allá del grado de conocimiento o registro de esta perspectiva, en todos los casos se registró una brecha entre lo que se piensa y lo que efectivamente se hace, por diferentes motivos.

En el caso de la RIEPS (CeSAC N° 12), observamos la presencia de algunas ideas y prácticas del modelo biomédico ligadas a una concepción materno infantil de la salud sexual y reproductiva. La cual no toma en cuenta los aspectos relacionales entre los géneros y como éstos determinan la situación de salud de las mujeres, que son tomadas solo como personas aisladas. Es decir, encontramos al mismo tiempo diferentes concepciones, altamente contradictorias entre si pero co-existentes en la realidad de estos efectores. Como señalamos antes, el equipo con formación vinculada a las ciencias sociales en salud, plantea una concepción teórica, que no siempre logra articular exhaustivamente en sus

prácticas, ya que aún predomina el modelo biomédico como eje en la organización de la atención en salud.

Lo mismo encontramos en la Federación de Médicos Generalistas (CeSAC N° 35) donde sus efectores/as poseen representaciones que se pueden considerar más integrales que las prácticas que llevan adelante. Pensamos que parte de la no concordancia entre representaciones y prácticas puede deberse, entre otras cosas, a la demanda y modalidad con que las/os usuarias/os se acercan al centro. La modalidad de consulta de esta población, según la escala construida, resultó de tipo “asistencialista”, respondiendo al modelo médico-hegemónico de salud. Otra de las posibles causas de esta brecha entre las representaciones y las prácticas, se desprende de las entrevistas realizadas a los profesionales donde demuestran tener intereses e ideales respecto de la equidad e integralidad, pero refieren que las iniciativas para concretarlos son emprendimientos individuales, no habiendo una política del equipo o de la institución que avalen estos desarrollos.

En la DGMuj. también observamos un mayor nivel de representaciones en relación a prácticas integrales y con perspectiva de género, y que tales ideas no necesariamente se traducían en prácticas concretas. También evaluamos un muy bajo nivel de formalización de las prácticas. No existen manuales de procedimientos (excepto en una actividad) que orienten la práctica y dejen en claro las posibilidades y límites del rol que ocupan. Esto fue observado inclusive en niveles más altos de la estructura (coordinaciones). Derivado de lo anterior, fue posible escuchar relatos en este sentido: “... *yo estaba buscando un destino y me dijeron: X te vamos a derivar -dos días antes- a tal lugar*”. *A mi me encantó porque me quedaba cerca de mi casa, no tenía idea de lo que iba a hacer, fui, aparecí en el Programa y ahí **determiné yo** (lo dice con énfasis) lo que tenía que hacer... ¿Entendés? Entonces, ahora me vienen a hablar de la Institución y que trabaje veinte horas y yo las miro (a las coordinadoras y personal de Recursos Humanos) y me río porque la Institución fui yo*” (Delegada DGMuj. en uno de los hospitales).

Encontramos que frente a la fragmentación a nivel organizacional (retomada en un punto anterior), la modalidad de implementación de las prácticas, lejos de responder a un propósito institucional específico, parece estar más ligada a la subjetividad y características personales (deseos, voluntades) de quien ejerce el rol. Sin embargo, rescatamos la importancia de que las representaciones de los/as efectores en general tiendan hacia la integralidad que sus prácticas. De esta forma creemos que genera un encuentro entre efectores y usuarios/as diferente de aquel que puede darse en un programa donde la atención sea puramente asistencialista. Algo de esto refieren las usuarias de los diferentes Programas, cuando mencionan ser bien tratadas, informadas, consideradas, etc. Por tanto, inferimos que el llamado “trato amigable” podría generar más adherencia.

### **Algunas reflexiones finales**

Del análisis del material aquí presentado, podemos señalar a modo de síntesis, que revela diversos modos en los cuales la diferencia de género puede transformarse en inequidad en salud.

Al mismo tiempo, esta investigación focalizada a los modelos de atención a mujeres, evidencia los modos reales de abordaje de la salud de las mismas en los diferentes programas que las tienen como usuarias privilegiadas. Haciendo especial hincapié en la diferenciación entre “atender mujeres” e “incluir perspectiva de género en los modelos de atención”.

Cabe consignar que la información relativa a la atención de varones e implementación de una perspectiva intersubjetiva fue propuesta y aprobada en la extensión de esta investigación, y será relevada en el corriente año. Esperamos que su análisis y síntesis pueda ser incluida en ulteriores presentaciones.

## **Notas**

1- El equipo completo de investigadores se conforma por: Dra. Débora Tajer, Mag. Mariana Gaba, Lics.: Alejandra Lo Russo, Mariana Fontenla, Graciela Reid, Clara Attardo, Adriana Zamar, María Eugenia Cuadra, María Viviana Cunningham, Vanesa Jeifetz, Marina Straschnoy y Agustín Oliveto.

2- Esta valoración no implica desconocer las innumerables barreras de acceso a la atención de la salud basadas en consideraciones sociales, económicas y políticas. sino que hace hincapié en la identificación de las barreras dadas por el componente de la relación entre los/as que asisten y los/as que son asistidos/as.

3- Concepto construido por este equipo de investigación que refiere al camino que arman las usuarias en su búsqueda por satisfacer sus necesidades de salud, más allá de las dificultades de articulación institucional entre los diversos efectores.

4- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, creado en 1983.

## **Referencias Bibliográficas**

-Costa, A.M. (2004). *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil* (Tese de Doutorado). Brasília: Universidade de Brasília.

-De Almeida-Filho, N. y Silva Paim J. (1999): "La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica". Cuadernos Médico-Sociales. N° 75, Mayo de 1999.

-De los Ríos, R. (1995). "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción". En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541. OPS. Washington

-Godoy Fonseca, R.M. (1997). Da Saúde Pública à Saúde Coletiva, da Saúde Materna à Saúde da Mulher. En D. Tajer, R. Ynoub, M.Huggins (Comp.) *Oficina de Género y Salud Colectiva*. Buenos Aires: ALAMES-IDRC.

-Gómez Gómez, E. (1994). La salud y las mujeres en América latina y el caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques. *Serie Mujer y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud*, 17.

-Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana en Salud Pública*, 11, 5-6.

-La Rosa, L. (2004). Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de equidad de género. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género y Salud.

-Marshall, TH. (1965): "*Ciudadanía y derechos sociales: criterios distributivos*" Gordon R., S. *Revista Mexicana de Sociología*.

-Menéndez, E. (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En Basaglia, F. y otros, *La salud de los trabajadores*,. México: Nueva Imagen, pgs: 11-53

-Menéndez, E; (1987) "Modelo Médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales"; Publicación de las I Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Abril de 1987, Bs.As.

-Montero, M. (1994). *Investigación-Acción Participante. La unión entre conocimiento popular y conocimiento científico*. Conferencia presentada en el XXIII Congreso Internacional de psicología aplicada, Madrid, España.

-Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Barcelona: Paidós.

-Tajer D, (2004), "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" en libro "Políticas Públicas, Mujer y Salud" Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia, 2004, 27-39

-Tajer, D., Gaba, M., Lo Russo, A., Reid, G., Attardo, C., Zamar, A., Fontenla, M., Cuadra, M.E., Cunningham, M.V., Oliveto, A., Lupi, M., Jeifetz, V., Straschnoy M. (2008). *Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires 2da parte*. XV Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Tomo I, 271-280. ISSN 0329-5885.

-Tajer, D., Lo Russo, A., Reid, G., Gaba, M., Attardo, C., Zamar, A., Fontenla, M., Bajar, M.S., Olivares Bustamante, L. (2007). *Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires*. XIV Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2007, Tomo I, 251- 260. ISSN 0329-5885.

-Whitehead, M. (1990): "Los conceptos y principios de la equidad en la salud". Serie Traducciones OPS, Washington D.C., 1990.

## **Reseña Curricular**

### **Debora Tajer**

Lic en Psicología (UBA)

Magister en Psicología

Doctora en Psicología (UBA)

Especialista en Género y Políticas Públicas

Adjunta de la Materia "Introducción a los Estudios de Género" ,Fac Psicología, UBA

Docente a nivel grado y posgrado (UBA, USAM, PRIGEPP)

### **Alejandra Lorusso**

Lic en Psicología (UBA)

Magister en Psicología

Residente del Programa de Residencias de la Provincia de Buenos Aires (Hospital Paroissien)

Investigadora UBACyT

Docente en UBA (Introducción a los Estudios de Género) y UNQ (Psicología General)

### **Mariana Fontenla**

Lic. en psicología (UBA -2002).

Maestranda en Psicología Social Comunitaria -Facultad de Psicología (UBA).

Becaria UBACyT.

Experiencia en tareas de investigación y docencia -Cátedra de Introducción a los Estudios de Género -Facultad de Psicología (UBA).

### **Mariana Gaba**

Lic en Psicología (UBA)

Master en Psicología Organizacional (UB)

Investigadora UBACyT.

Docente en UBA, UCES y UB (Cultura Organizacional, Psicología Organizacional e Introducción a los Estudios de Género)

### **Graciela Reid**

Lic en Psicología (UJF Kennedy)

Clínica psicoanalítica

Investigación de la Facultad de Psicología UBACyT

Maestría en Psicoanálisis. Tesis en Producción.