

## **“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.**

**Autores: Débora Judith Tajer, Mariana Gaba, Alejandra Lo Russo, Mariana Fontenla, Graciela Reid, Clara Attardo, Adriana Zamar, Maria Eugenia Cuadra, Maria Viviana Cunningham, Vanesa Jeifetz, Marina Straschnoy**

Institución: Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología UBA.

E-mail: dtajer@psi.uba.ar

### Resumen

Este Proyecto se inscribe dentro del principio de la introducción de la perspectiva de género en el campo de las políticas públicas en salud (Tajer, 2004); considerando a la noción de género como una construcción de carácter histórico y social acerca de los roles, las identidades y los valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización (Gamba, S., 2007).

Asimismo se incluye una concepción del espacio de acción pública de la salud en sentido amplio denominado “ámbito de la salud” (La Rosa L, 2004) que incluye tanto a los servicios de salud así como a los ámbitos cotidianos en los cuales se conforman los determinantes de la situación de salud, perspectiva que se evidencia en las instituciones y programas en los cuales se ha escogido realizar el trabajo de campo.

Otro concepto clave utilizado es la noción de Integralidad (Costa AM 2004) que implica la implementación de prácticas en los niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de los/as sujetos/as y colectivos sociales en sus necesidades de salud de un modo abarcativo e incluyente.

Asimismo se propone relevar 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 los/as profesionales de la salud, de la población asistida y analizando los programas existentes.

Los objetivos del proyecto se relacionan con poder contribuir al avance en la integralidad y equidad de género de las prácticas de promoción, atención y rehabilitación en salud de los programas relevados. Asimismo, evaluar las prestaciones de acuerdo a indicadores de ciudadanía, integralidad y equidad de género e identificar cómo la Ley de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, establece un marco normativo de atención integral de la salud con perspectiva de género.

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.

Se construyeron y aplicaron formularios de entrevistas especialmente elaborados para profesionales (coordinadores/as equipo) y administrativos/as y otro para usuarias. A partir de ellos se indagaron los ejes planteados por la escala que construyó este equipo, así como las representaciones sociales (Jodelet, D., 1986) de estos actores considerándolas como una herramienta para arribar a la subjetividad. Entendemos que la producción de subjetividad tiene que ver con momentos históricos y hace al modo en el cual las sociedades determinan las formas con las cuales se constituyen sujetos plausibles de integrarse a sistemas que le otorgan un lugar (Bleichmar, S., 2009). Consideramos importante conocer la subjetividad que producen los servicios de salud, en este caso los programas relevados, tanto en sus equipos como en las usuarias que concurren a ellos.

En relación a los resultados obtenidos, pudimos observar algunos puntos en común entre los distintos programas abordados: por un lado la coexistencia de un modelo biomédico junto a otros aspectos más participativos y de Salud Colectiva y por el otro, dificultades en la articulación entre los distintos niveles de atención en salud así como en la articulación intersectorial.

En las usuarias se constató la construcción de “caminos espontáneos” con el fin de resolver sus necesidades en salud alcanzando desde su propia acción, mayores grados de integralidad en la atención, que la ofrecida por el Sistema de Salud existente.

En cuanto a las conclusiones, podemos señalar que el trabajo de investigación realizado revela diversos modos en los cuales la diferencia de género puede transformarse en inequidad en salud. Al mismo tiempo, esta investigación (focalizada en 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”. Asimismo, pone en evidencia el “camino espontáneo” que arman las usuarias de los servicios en su búsqueda por satisfacer sus necesidades de salud, mas allá de las dificultades de articulación institucional entre los diversos efectores.

Trabajo completo:

### **Síntesis de los propósitos y de la metodología utilizada**

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-Programa Buenos Aires en Movimiento de la Dirección General de Promoción de Actividades Deportivas de la Subsecretaría de Deportes, de la Secretaría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires<sup>i</sup>.** Es un programa de actividad física en las plazas de la Ciudad que promueve una concepción del ejercicio físico en grupo como espacio de socialización, de empoderamiento ciudadano y de actuación sobre el sedentarismo, considerado este último como uno de los determinantes de riesgo para la salud de la población.

**2-Programa de Salud Comunitaria y Género de la Dirección General de la Mujer del Ministerio Derechos Humanos y Sociales de la Ciudad<sup>ii</sup>.** Es un programa que incluye promoción y detección de los problemas en salud sexual y reproductiva, tratamiento de adicciones de mujeres, tratamientos de violencia familiar, de salud mental y grupos de autoayuda de problemáticas vitales ligadas a ciclos etarios y a condiciones de vida.

**3-Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS) de la Dirección de Capacitación y Desarrollo del Ministerio de Salud de la Ciudad.** Es un programa de capacitación interdisciplinaria en servicio de jóvenes profesionales para el trabajo en promoción de la salud.

**4-Federación Argentina de Médicos Generalistas.** Reúne a los/as médicos/as generalistas en Atención Primaria de todo el país. Para esta investigación, se trabajó con la filial de la Ciudad de Buenos Aires.

Esta investigación se inscribe en la metodología de la Investigación Acción Participante –IAP (Montero, M., 1994, 2004) ), la cual puede ser definida como “*un tipo de investigación social con base empírica que es concebida y realizada en estrecha asociación con una acción o con una solución de un problema colectivo y en el cual los/as investigadores/as y los/as participantes representativos/as de la*

*investigación o problema están involucrados de un modo cooperativo o participativo*” (Montero, M. 1994, 2004). Este tipo de diseño es congruente con uno de los objetivos de la investigación consistente 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.

Por otra parte, con el objetivo de fortalecer las capacidades de los/as investigadores del equipo, se conformó una Red de tesis y diplomandos/as en “género, salud y subjetividad”. La misma está integrada tanto por los/as miembros del equipo de investigación, como por otros/as investigadores de la misma Facultad, de otras Facultades de la UBA y de otras Universidades Nacionales que trabajan en la temática y que se incluyeron en este espacio para presentar sus trabajos y recibir aportes de otros/as colegas especializados/as en el mismo campo.

Por otro lado y a los fines de identificar el modelo de atención de los/as profesionales (en sus diversos niveles de responsabilidad) así como el estilo de demanda que establecen los/as usuarios/as, se construyeron y aplicaron formularios de entrevistas especialmente elaborados para profesionales (coordinadores/as equipo) y administrativos/as y otro para usuarias. A partir de ellos se indagaron los ejes planteados por la escala que construyó este equipo, así como las representaciones sociales (Jodelet, D., 1986) de estos actores, considerándolas como determinantes de sus prácticas. Para ello, se tomó en cuenta que la atención de la salud es un vínculo humano en el cual interactúan tanto los/as que asisten como los/as que son asistidos/as y que el “acto de salud” a nivel interactivo es la resultante de este encuentro o desencuentro.<sup>iii</sup>

A modo de garantizar los aspectos éticos de la investigación en salud con seres humanos, se elaboró un formulario de Consentimiento Informado basado en los lineamientos del Protocolo de Helsinki, en el cual se explicó a todos/as los/as entrevistados/as los alcances de la investigación, la posibilidad de acceder a los resultados y la confidencialidad en el manejo de los datos.

Para medir los grados de integralidad y equidad de género, se utilizó la mencionada escala de integralidad y equidad de género por grupo etario con el fin de medir las prácticas de promoción y atención en salud, que toma cuatro valores:

Integral: refiere a un modelo que incluye en su concepción un abordaje holístico y articulado del proceso salud-enfermedad-atención, que se traduce en las prácticas concretas de atención. Estas incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la autonomía 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 concretas se ubican más cerca de un modelo asistencialista centrado en lo biomédico.

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

## **Resultados finales**

**Buenos Aires en Movimiento** (sede Plaza Irlanda): Se concluye que el programa realiza sus intervenciones en torno a un modelo de tipo transicional con foco en el impacto en los determinantes de riesgo biológico del proceso salud-enfermedad-atención. En el modelo que aplican los/as efectores/as, se observa la coexistencia de un modelo biomédico con aspectos más participativos y de salud colectiva tales como la valoración de las clases grupales y la promoción de la autogestión, autonomía y agencia de las participantes. Por su parte, las prácticas de las usuarias se ubican en un modelo participativo que tiende hacia la integralidad. Cabe destacar que las usuarias construyen caminos espontáneos recurriendo a servicios gubernamentales y no gubernamentales para resolver sus necesidades generales en el campo de la salud, alcanzando de este modo, desde su propia acción, mayores grados de integralidad en la calidad de atención que aquellos alcanzados por la propuesta del ámbito de la salud.

**Dirección General de la Mujer** (Programa de Prevención del cáncer génito mamario - línea Derechos a la Salud, Área Salud Comunitaria y Género): Este programa implementa sus acciones desde un modelo transicional. El mismo presenta un grado muy alto de complejidad dado que articula administrativas y operadoras telefónicas de la DGMuj. con profesionales y administrativas de los hospitales que participan del programa que dependen del 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. Esto ameritó que se adapten los indicadores para poder medir procesos más que resultados. De este modo, fue que se ubicaron más en el valor semi-integral -tanto las acciones de usuarias como de efectores/as del programa- dado que por la articulación interinstitucional, se ha dificultado su traducción en un conjunto de acciones permanentes y articuladas.

**Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud-RIEPS** (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, CeSAC Nro. 12, Hospital Pirovano): Este programa, fue escogido en conjunto por el equipo de investigación y la RIEPS por ser un espacio de integración entre los/as profesionales de planta y la Residencia Interdisciplinaria en el CESAC nº12. De su evaluación, se puede concluir que se ubica en un modelo de tipo semi-integral, alcanzando sus picos más altos de integralidad en aquellos aspectos ligados a la ciudadanía y a la autonomía.

Se observan por otro lado, 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 tampoco cómo éstos determinan la situación de salud de las mujeres, que son tomadas solo como personas aisladas. Por su parte, las usuarias han construido caminos espontáneos hasta llegar al CeSAC que incluyen la consulta a otros hospitales como el Pirovano (que articula escasamente con el CeSAC), a la Dirección General de la Mujer, a las agrupaciones en defensa de los derechos de las mujeres, a las parroquias, etc. El programa cuenta con la institucionalización de caminos de integralidad con un hogar de mujeres cercano, como asimismo con escuelas próximas.

Por otra parte, se ha identificado que la referencia del CESAC con respecto al Hospital Pirovano funciona adecuadamente, no aconteciendo lo mismo del Hospital al CESAC. Perdiendo de ese modo la posibilidad en el seguimiento de los tratamientos y los programas que así lo ameriten, en un nivel de menor complejidad y mayor cercanía como el Centro de Salud. Permitiendo de este modo una desconcentración del volumen de demanda de baja complejidad al Hospital. En sentido inverso, las articulaciones del Hospital al CESAC, cuando acontecen, suelen ser informales y no institucionalizadas dependiendo de la voluntad de los/as profesionales del Hospital.

**Federación Argentina de Médicos Generalistas** (CeSAC Nro. 35, área programática del Hospital Penna): Según el análisis realizado en base a las entrevistas y aplicación de la escala surge que los/as profesionales, técnicos/as y promotoras de salud poseen un modelo transicional, ya que sus representaciones pueden considerarse más integrales que las prácticas que llevan adelante. En cambio las usuarias se ubican en un modelo asistencialista de formulación de las demandas en salud en un contexto de situación socio cultural y económica de extrema pobreza y carencias materiales y subjetivas (muchas de ellas migrantes recientes de países limítrofes y con necesidades básicas insatisfechas). Los/as profesionales refieren una serie de obstáculos para la implementación de prácticas más integrales tales como: aspectos políticos, materiales o de recursos y otros

correspondientes a la dinámica del equipo de trabajo y con dificultades en el desarrollo de la interdisciplina.

Por otra parte, se ha observado que muchas de las iniciativas profesionales que se desarrollan apuntan a la integralidad y a la equidad y se sostienen con gran esfuerzo personal y poco aval institucional. Cabe consignar que varios/as de los integrantes del equipo son de reciente incorporación y se encuentran en un proceso de ajuste de iniciativas y posibilidades reales.

## **Conclusiones**

Del análisis del material aquí presentado, podemos señalar a modo de síntesis, que el mismo 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”. Asimismo pone en evidencia el “camino espontáneo” que arman las usuarias de los servicios en su búsqueda por satisfacer sus necesidades de salud, mas allá de las dificultades de articulación institucional entre los diversos efectores.

Cabe consignar que la información relativa a la atención de varones e implementación de una perspectiva intersubjetiva serán relevadas en el corriente año, esperando que su análisis y síntesis puedan ser incluidos en ulteriores presentaciones.

## **Notas**

<sup>1</sup> A partir de diciembre 2007 el Programa Buenos Aires en Movimiento de la Dirección General de Actividades Deportivas de la Subsecretaría de Deportes, pasa a depender del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Desde diciembre 2007 se estructura como **Central de Llamadas y Promoción de los Derechos a la Salud** (ex área Salud Comunitaria y Género) del Plan de Igualdad de Oportunidades de la Dirección General de la Mujer del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

<sup>3</sup> 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.

## Referencias Bibliográficas

-Bleichmar, S. (2009): "Acerca de la subjetividad". *El desmantelamiento de la Subjetividad, Estallido del Yo* (2009). Buenos Aires, Editorial Topia.

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

-Gamba, S. (2007) : "Estudios de Género/Perspectiva de Género". Diccionario de estudios de género y feminismos. Editorial Biblos, Buenos Aires, 2007.

-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 (Compiladoras): *Oficina de Género y Salud Colectiva*. Buenos.Aires. ALAMES-IDRC.

-Jodelet, D.(1986) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En: Moscovici, S. (comp.). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Ediciones Paidós.

-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.

-Montero, M. (1994, julio). *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*

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

os. Barcelona: Paidós.

-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". En *XIV Anuario de Investigaciones* (Tomo I). Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

-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". En *XV Anuario de Investigaciones* (Tomo I). Buenos Aires: Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.

---