

# 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. 4<sup>TA</sup> PARTE

## CRITICAL ROAD OF WOMEN'S HEALTH: INTEGRALITY AND GENDER EQUITY IN HEALTH PRACTICES AMONG WOMEN IN BUENOS AIRES CITY. 4<sup>TH</sup> PART

*Tajer, Débora<sup>1</sup>; Gaba, Mariana; Lo Russo, Alejandra; Fontenla, Mariana; Reid, Graciela; Attardo, Clara; Zamar, Adriana; Cuadra, María Eugenia; Cunningham, María Viviana; Oliveto, Agustín; Jeifetz, Vanesa; Straschnoy, Marina<sup>2</sup>*

### RESUMEN

El trabajo que aquí se presenta es un insumo producido como parte de un proyecto de investigación en curso. El mismo consiste en una escala que fue construida por el equipo de investigación con el fin de medir la integralidad y equidad de género de los discursos y prácticas de profesionales y usuarios/as de programas del "ámbito de la salud" (La Rosa, 2004) en la Ciudad de Buenos Aires estudiados, cuyos resultados parciales han sido paulatinamente publicados (Tajer y otros, 2007, 2008, 2009). Se ha decidido, en este trabajo, presentar la escala por separado, ya que esta puede resultar una herramienta de gran utilidad para otros problemas de atención en salud no abarcados en la investigación, donde la perspectiva de género aún no se encuentra lo suficientemente incluida, tanto en las conceptualizaciones como en las prácticas de los/as profesionales y de los/as usuarios/as que concurren a los servicios. En aras a contribuir, con este instrumento, a la evaluación de Políticas Públicas en Salud (Tajer, 2004) (Sen G, Östlin P y col, 2009).

Con tal objeto, se presenta la descripción de esta escala, compuesta por cuatro indicadores: Integralidad, Equidad de género, Autonomía y Ciudadanía y sus respectivos valores: Integral, Semi-Integral, Transicional y Asistencial.

### Palabras clave:

Equidad de género - Integralidad - Salud

### ABSTRACT

The work presented here is tool developed in a research project that is still in course. It consists in a scale built by the research team in order to measure the integrality and gender equity in the discourses and practices of health care professionals and users of "health arena" (La Rosa, 2004) programs in Buenos Aires city studied by this research, whose middle term conclusions have been published (Tajer y otros, 2007, 2008, 2009). The decision, of publishing by separate the scale, was based on the assumption that can be a useful tool to be used in other health care problems not included in our research, where gender perspective is not yet sufficiently included. That concerns both the theoretical framework as every day practices of health care professionals and users served in health services. The aim is that it can be used as a tool for evaluating public health policies (Tajer, 2004) (Sen G, Östlin P y col, 2009). The scale is composed by four indicators: Integrality, Gender Equity, Autonomy and Citizenship and their values: Integral, Semi-Integral, transitional and assistencialist.

### Key words:

Gender equity - Integrality - Health

<sup>1</sup>Doctora en Psicología UBA. Profesora Adjunta de la materia Introducción a los Estudios de Género, Facultad de Psicología, UBA. Directora de Proyecto UBACyT. E-mail: dtajer@psi.uba.ar

<sup>2</sup>Integrantes del equipo de investigación del Proyecto UBACyT P809.

## UNA PROPUESTA DE MEDICIÓN DE LA INTEGRALIDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO

En esta investigación se trabajó con un criterio de “salud integral de la mujer”, para lo cual fue necesario crear un instrumento que mida los diferentes grados de integralidad y equidad de género en los discursos y las prácticas de salud, sobre la base del análisis de los discursos y prácticas de los/as profesionales y usuarios/as. Esta modalidad se enmarca en lo expresado en la Plataforma de Acción de Beijing, a la cual adhiere nuestro país y en la cual se incluyen los principios de participación, humanización, integralidad, prevención, confidencialidad y privacidad entre otros. Esta Plataforma tuvo como antecedente en América Latina al PAISM (Plan Integral de la Salud de la Mujer) creado en 1985. Una de sus responsables varios años después desarrolló un instrumento de medición (Costa, A.M., 2004) del grado de implementación del PAISM y si este había impactado positivamente en términos de integralidad y equidad de género. Esto fue tomado de base para construir la escala de evaluación de integralidad y equidad de género por grupo etario que propone esta investigación.

Existen dentro de las prácticas de salud diferentes modelos que van desde el asistencialismo hasta diferentes grados de integralidad. Esto implica entender la coexistencia dentro de las prácticas y discursos referidos a la salud de las mujeres, de paradigmas diversos y en ocasiones, incompatibles.

Un enfoque ya superado en lo académico, pero lamentablemente no aún en las prácticas, es el que plantea la asistencia de la mujer desde un paradigma “materno-infantil”. El cual se basa en la concepción de las mujeres como sujetos en tanto madres, esposas y amas de casa, lo cual favorece la creación de vínculos de dependencia e infantilización de los sujetos asistidos (Burin, M., 1992). Por otro lado, encontraremos cuestiones ligadas a tratar de abarcar aspectos que tengan relación con “identificar a las mujeres como un grupo social que padece condiciones opresivas de existencia, especialmente en sus vidas cotidianas”, lo cual implica entenderlas como un grupo que tendrá necesidades diversas y complejas, las cuales incluyen , pero exceden la esfera de lo doméstico y el campo de la salud sexual y reproductiva. Estas prácticas más innovadoras necesitan tener en cuenta la integralidad en la atención en salud, así como también aspectos ligados a la participación, humanización y privacidad al interior de las mismas.

Nos hemos focalizado en los modelos de atención a mujeres con el objetivo de evidenciar 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 una perspectiva de género en los modelos de atención”<sup>1</sup>. No se presentan en este

<sup>1</sup>Los programas evaluados son: programas de salud sexual y reproductiva llevados a cabo en el CESAC 12 (en conjunto con la

trabajo resultados que ya han sido publicados en trabajos anteriores (Tajer y otros, 2007, 2008, 2009), focalizando la presentación de la escala como herramienta de evaluación de políticas públicas en salud.

## PRESENTACIÓN DE LA ESCALA

Para evaluar los grados de integralidad y equidad de género, se diseñó una escala con el objetivo de medir las prácticas de promoción, prevención y atención en salud, la cual incluye cuatro valores: Integral, Semi-Integral, Transicional y Asistencial.

Las características principales de cada valor son:

**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 de atención. Estas incorporan un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación en salud que incluye la perspectiva de género, la noción de autonomía, equidad, ciudadanía y las necesidades en salud según el ciclo de vida.

**Semi-Integral:** refiere a un modelo que presenta, en general, principios semejantes al del integral, pero logrando sólo en algunos aspectos realizar prácticas que los incluyan.

**Transicional:** refiere a un modelo que a nivel de las representaciones incluye los principios de integralidad y equidad de género, pero donde 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, basado fundamentalmente en la atención de la enfermedad y cuyo abordaje preventivo se centra en la identificación precoz de los factores de riesgo y su tratamiento farmacológico.

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.

Dado que la escala intentó valorar en su especificidad los indicadores de: Integralidad, Equidad de género, Autonomía y Ciudadanía, hubo que identificar los valores de la escala para cada uno de ellos. Información que se presenta a continuación.

## ¿CÓMO EVALUAR LA INTEGRALIDAD?

Para evaluar la integralidad se exploró qué relación tiene la calidad de vida con la salud, cómo se alcanza una buena calidad de vida, cómo impactan sobre la salud

Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud) y en el CESAC 35( en conjunto con la Federación de Médicos Generalistas), la línea salud de la mujer de la Dirección General de la Mujer y el Programa “Buenos Aires en Movimiento”. Todos desarrollados en el marco del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

de las personas atendidas las condiciones de vida, si se consideran para el diseño de los programas las necesidades de las mujeres en los diferentes momentos del ciclo vital, si se contemplan preventivamente las necesidades de las etapas siguientes, etc.

### INTEGRAL

- Estar saludable no es solo no estar enfermo/a: por eso consideran e incluyen en sus prácticas el trabajo sobre la calidad de vida como una forma de mejorar el nivel de satisfacción y bienestar general de las personas.
- La salud es considerada tanto en su plano individual como en el colectivo. Por eso las intervenciones y las prácticas de los programas están articuladas desde ambas dimensiones. Esta modalidad enriquece la práctica en salud brindando una mejor atención ya que no considera a la persona como un ente aislado sino que se toma en cuenta la dimensión colectiva de la problemática que presenta.
- Se concibe a la salud como un proceso integral donde se interviene siempre articulando en los diferentes niveles de atención, estrategias de promoción, prevención y asistencia. También se encuentran importantes niveles de articulación entre los servicios de salud, así como otros efectores no sectoriales y organizaciones de la sociedad civil.
- Los lineamientos generales y criterios por los cuales se rige el programa están explicitados y articulan las prácticas de todos los efectores del programa. Esto permite un mejor funcionamiento de los programas, tener un objetivo claro y común de intervención ya que unifica los criterios de trabajo e impide que éstos queden librados a la interpretación del equipo de trabajo.
- Se concibe y se interviene siempre considerando a las condiciones de vida como determinantes del proceso salud-enfermedad-atención. Por condiciones de vida nos referimos a la satisfacción de las necesidades humanas de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. Las intervenciones son interdisciplinarias en concordancia con la conceptualización de la complejidad de los problemas involucrados.
- Se incluye el concepto de ciclo de vida en las intervenciones, ajustándolo a determinantes biológicos, de género, de clase, etc. Aquí se incluye la consideración de la problemática que puede estar atravesando la usuaria, de acuerdo con las características de la etapa en la que se encuentra.
- Se anticipan en las intervenciones, las próximas etapas del ciclo de vida, con una mirada ajustada a las condiciones de vida y articulada con los componentes y determinantes biológicos.

### SEMI-INTEGRAL

- Dado que estar saludable no es sólo no estar enfermo/a, se considera que es importante el trabajo sobre la calidad de vida como una forma de mejorar el nivel

de satisfacción y bienestar general de las personas. Esta concepción no siempre logra ser articulada en las prácticas cotidianas.

- La salud es un concepto tanto individual como colectivo. Por eso, las intervenciones y las prácticas de este programa se articulan, por lo menos casi siempre, con acciones de ambas dimensiones.
- Se concibe a la salud como un proceso integral donde se interviene ante situaciones puntuales articulando, en los diferentes niveles de atención estrategias de promoción, prevención y asistencia. Se encuentran niveles de articulación entre los servicios pero sólo ante situaciones específicas aunque existe la intencionalidad de lograrla de forma más global.
- Los lineamientos generales y criterios por los cuales se rige el programa están explicitados total o parcialmente y se articulan con las prácticas de todos o de la mayoría de los efectores del programa.
- Se concibe a las condiciones de vida como determinantes del proceso salud-enfermedad-atención, pero no se interviene siempre desde esta perspectiva si bien hay una intencionalidad de plasmar esta concepción en las prácticas. Las intervenciones casi siempre son interdisciplinarias.
- Se incluye el concepto de ciclo de vida en las intervenciones ajustándolo casi siempre a los determinantes de género, clase, generación, etc.
- Se anticipa casi siempre en las intervenciones las próximas etapas del ciclo de vida con una mirada ajustada a las condiciones de vida.

### TRANSICIONAL

- Estar saludable no es sólo no estar enfermo/a y es por esto que se considera importante el trabajo sobre la calidad de vida como una forma de mejorar el nivel de satisfacción y bienestar general de las personas. Esta concepción que se encuentra presente en los discursos, no se traduce en las prácticas.
- Si bien la salud es concebida como un concepto tanto individual como colectivo, el modelo de intervención es mayormente individual. Sus herramientas no son acordes al tipo de modelo.
- Si bien se concibe a la salud como un proceso integral, la promoción y prevención en salud sólo remite al primer nivel de atención y se visualiza escasamente en las intervenciones. Hay poca o nula articulación con la asistencia así como también entre los servicios de salud.
- Los lineamientos generales y criterios por los cuales se rige el programa no están explicitados. Las prácticas están articuladas entre los efectores del programa pero sólo en grado parcial y de manera informal.
- Las condiciones de vida como determinantes del proceso salud-enfermedad-atención son tenidas en cuenta fundamentalmente de forma conceptual, ya que dicha posición no se expresa en las prácticas, es decir,

no hay una aplicación del enfoque crítico en las herramientas de intervención clínica en el quehacer profesional. Predominan las intervenciones disciplinares no integradas entre sí.

- Si bien se incluye el concepto de ciclo de vida y conceptualmente se contemplan los determinantes de género, clase, edad, etc., esta concepción no logra plasmarse en las prácticas, predominando criterios evolutivos universales.
- Se concibe la posibilidad de anticipación de las etapas siguientes pero se lo hace de modo escaso o nulo. Existen sesgos por clase, género y edad en las intervenciones.

### ASISTENCIAL

- Se considera que estar saludable es no estar enfermo.
- Las intervenciones y las prácticas apuntan a eliminar las enfermedades y/o a evitar su aparición.
- La salud no es tomada en su dimensión colectiva. Esto se traduce en prácticas y acciones que se enfocan solo de modo individual.
- Hay escasa o nula articulación entre los distintos niveles de atención, la asistencia es la práctica jerarquizada de modo primordial y no hay articulación entre los servicios de salud ni intención de lograrla.
- Los lineamientos generales y criterios por los cuales se rigen los programas dependen de la jefatura de turno y se transmiten informalmente.
- No se considera a las condiciones de vida como determinantes de la salud. Solo se consideran determinaciones biológicas individuales en la manifestación de la enfermedad. Predominan las disciplinas médicas en las intervenciones.
- Se tienen en cuenta solamente criterios evolutivos universales sin considerar la diversidad de los determinantes de clase, género, opción sexual, cambios culturales, etc.
- No se interviene concibiendo las próximas etapas. Las intervenciones que se realizan son específicas y se focalizan de modo fragmentado en las distintas etapas.

### ¿CÓMO EVALUAR LA CIUDADANÍA?

Entendemos la ciudadanía como una construcción cultural e histórica que encierra múltiples significaciones y se encuentra en permanente proceso de cambio y transformación. Thomas H. Marshall (1998) la define como “un status que se otorga a los que son miembros de pleno derecho de una comunidad. Todos los que poseen ese status son iguales en lo que se refiere a los derechos y deberes que implica” (p. 37), considerando que no hay principio universal que determine cuáles deben ser estos derechos y deberes. Mientras que a nivel jurídico el ideal de ciudadanía se expresa en las leyes supremas del Estado; a nivel psicosocial el/a ciudadano/a se concibe como una producción social y subjetiva portador/a del conjunto de libertades garanti-

zadas por la acción protectora del Estado, es decir se revela como un sujeto social con derecho a tener derechos. En este marco, recordamos el aporte de Diana Maffía (2001) quien señala que a la hora de analizar la ciudadanía es preciso sexualizar a los sujetos y considerar las diferencias de género como aspectos que exigen variar las respuestas del Estado para satisfacer los mismos derechos universales.

Para evaluar la ciudadanía se exploraron varios aspectos, entre ellos: por qué consideran que se atiende las consultas de salud sin mediar un pago directo de bolsillo, cuáles son las responsabilidades y derechos de los/as profesionales que trabajan en el programa, cuáles las responsabilidades y derechos de las usuarias que concurren al programa, si están al tanto de las leyes que rigen su práctica, etc.

### INTEGRAL

- En este punto realizan acciones que favorecen que las usuarias/profesionales conozcan y ejerzan sus derechos.
- Las usuarias poseen múltiples opciones para efectivizar sus derechos y realizar sus elecciones.
- Se configura un reconocimiento y una práctica del ejercicio de obligaciones<sup>2</sup>.
- Aquí se visualizan prácticas tendientes a lograr la efectivización de derechos reconocidos en las normas jurídicas.

### SEMI-INTEGRAL

- Se puede detectar la realización de algunas acciones que favorecen el conocimiento y ejercicio de sus derechos por parte de las usuarias.
- Las usuarias poseen algunas opciones para efectivizar sus derechos y realizar sus elecciones.
- Se visualiza cierto grado de reconocimiento y la presencia de prácticas de ejercicio de obligaciones.
- Hay articulación de algunas prácticas tendientes a lograr la efectivización de derechos reconocidos en las normas jurídicas. El estado argentino adhiere a diferentes tratados y convenciones sobre derechos humanos en relación al género, pero esto llega tardíamente a las prácticas del sistema de salud, o, en algunos casos, se vulneran los derechos adquiridos de las usuarias, por convicciones políticas, ideológicas, etc. En nuestro país la gratuidad en la atención, es uno de los derechos que más claramente se sostiene.

### TRANSICIONAL

- Si bien se reconoce que las usuarias poseen derechos no se detecta una promoción de su ejercicio, con dificultad para trascender el nivel declarativo, y hacer-

<sup>2</sup>Ligadas a la responsabilidad ciudadana por el autocuidado y el cuidado de los/as otros/as que no exime al Estado de sus obligaciones como garante de la atención en salud, sino que la complementa.

se efectivos en las prácticas.

- Se detectan obstáculos de orden institucional para el ejercicio de elecciones por parte de las usuarias, lo cual determina una configuración de ciudadanía de tipo formal.
- Se reconocen las obligaciones, pero no se fomenta su ejercicio.
- Si bien se reconocen los derechos, se observa que no hay una articulación con prácticas que permitan su efectivización.

#### ASISTENCIAL

- No hay reconocimiento ni promoción de los derechos de las usuarias. Esto implica una concepción paternalista ligada a una lógica de mercado en el campo de la salud.
- Se detecta que no hay recursos materiales y/o subjetivos para realizar la elección, lo cual determina que las usuarias posean una única opción a la hora de elegir. En cuanto a los/as profesionales, hay un desconocimiento de los derechos que regulan el marco de su práctica.
- No se reconocen las obligaciones o responsabilidades y no se fomenta el ejercicio de las mismas, tanto por parte de los/as profesionales como por parte de los/as usuarios/as. Esto determina conductas de "obediencia" de las usuarias y en los profesionales comportamientos autoritarios y en ocasiones, punitivos.
- No hay concepción ni prácticas de ejercicio de los derechos, tanto desde los profesionales como desde los/as usuarios/as.

#### **¿CÓMO EVALUAR LA AUTONOMÍA?**

Para evaluar la autonomía se exploró el nivel de conocimiento de las leyes que promueven las actividades de los diferentes centros o programas, si la participación en esos programas fomentó otras iniciativas propias y cuáles fueron, etc.

#### INTEGRAL

- El programa se propone como objetivo promover la autonomía de las usuarias y articula sus prácticas e intervenciones con coherencia. Este modelo considera como un aspecto fundamental el desarrollo de la autonomía, ya que la concibe como parte de una concepción integral de salud. Entienden a la usuaria como una participante activa del proceso salud-enfermedad-atención.
- El programa se propone que las usuarias participen activamente en la toma de decisiones sobre su proceso salud-enfermedad. Para tal fin se propician espacios para tomar las decisiones en conjunto entre profesionales y usuarias.
- El programa tiene entre sus objetivos promover la construcción de redes sociales (Morillo de Hidalgo, C., 2000) entre las participantes, considerando a las mis-

mas como sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en producción de bienes y servicios teniendo como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas abiertos están en constante cambio, y potencian a sus integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas, al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida. Conciben a la salud como una construcción colectiva. Consideran que estar "con otros" es saludable y brinda el acceso a posibles recursos materiales y simbólicos para establecer redes sociales.

- Los equipos consideran, valoran e integran en sus prácticas, los saberes sobre la salud de la población con la que trabajan. Consideran a los mismos como parte fundamental a tener en cuenta para llevar adelante el proceso. Reconocen que hay diversas formas de cuidar la salud y que el conocimiento adquirido en el ámbito académico no tiene validez excluyente y universal.
- Se considera que las usuarias deben recibir toda la información adecuada-entendible-suficiente sobre el servicio, al momento de realizar la consulta. Implementan prácticas para garantizar este acceso integral a la información, incluso desde la primera entrevista. Consideran que el desarrollo de la autonomía se puede llevar a cabo solo si se cuenta con la información necesaria para poder decidir.
- A partir de la participación en el programa, las usuarias construyen iniciativas propias a futuro, que serán aprovechadas en otros contextos. Potencian y amplían su campo de acción, rompiendo inclusive con algunas barreras familiares y/o personales. Se intenta no reproducir los estereotipos que confinan a la mujer al ámbito privado, fomentando la apertura a otros espacios de circulación.
- En este modelo se concibe al proceso salud-enfermedad-atención como una construcción continua entre diversos actores unidos en un vínculo de necesaria reciprocidad. Se espera y la usuaria espera, un tipo de participación activa y constructiva en todo el proceso.

#### SEMI-INTEGRAL

- El programa se propone como objetivo promover la autonomía de las usuarias y casi siempre articula sus prácticas e intervenciones en coherencia con ese objetivo. Hay algunas prácticas del modelo biomédico, que no son excluyentes de otro tipo de intervenciones.
- El programa/servicio se propone que las usuarias participen activamente en la toma de decisiones sobre su proceso de salud-enfermedad. Articulan algunos espacios posibles de decisión en conjunto con las usua-

rias, mientras que otros espacios no logran ser repensados para lograr este fin.

- El programa/servicio tiene entre sus objetivos promover la construcción de redes sociales entre las participantes. Fundamentado en este interés, logra desarrollar algunas acciones específicas para alcanzar este objetivo.
- Los equipos consideran y valoran los saberes sobre la salud de la población con la que trabajan, aunque no logran integrarlos siempre en sus intervenciones. Lejos de ser algo a desestimar, los/las profesionales conciben a lo aportado por las usuarias como una herramienta más de trabajo.
- Se considera que las usuarias deben recibir toda la información adecuada-entendible-suficiente sobre el servicio al cual se acercan. Se implementan algunas prácticas, pero en realidad la información se completa de modo informal cuando la usuaria ya transcurrió un tiempo en el servicio. Esto estimula las deserciones. Los profesionales de la salud tienden a maternizar las prácticas, asumiendo roles que no están estandarizados. Esto obstaculiza la posibilidad de que las usuarias acumulen saberes que permitan mayores grados de autonomía.
- A partir de la participación en el programa, las usuarias construyen iniciativas propias para desarrollar en otros contextos. Potencian y amplían su campo de acción, pero sin romper barreras personales y/o familiares, manteniéndose al interior de su marco normativo anterior.
- Se espera y la usuaria espera, un tipo de participación activa y constructiva en determinadas partes del proceso. Se reservan algunas partes del proceso a los efectores del programa.

#### TRANSICIONAL

- El programa se propone como objetivo promover la autonomía de las usuarias, pero sus prácticas e intervenciones son de estilo paternalista. Si bien a nivel de las representaciones se pretende el desarrollo de la autonomía, esta concepción no logra articularse con las prácticas concretas de trabajo.
- El programa no se propone que las usuarias participen en la toma de decisiones sobre su proceso salud-enfermedad. Se puede observar, a pesar de esto, que hay algunos espacios de decisión por parte de las usuarias que se dan de manera espontánea.
- El programa no tiene entre sus objetivos promover la construcción de redes de apoyo social entre las participantes. Sin embargo, en algunos espacios las participantes construyen redes de forma espontánea.
- Los equipos no tienden a considerar los saberes previos de la población consultante, pero, cuando éstos aparecen, no los desechan, ya que evalúan que algo les pueden aportar.
- Considera que a las usuarias sólo hay que brindarles

la información básica sobre las cuestiones que se presentan. Se profundiza en la información que se transmite solo si la usuaria lo requiere. El dar información completa no es considerado por los profesionales como un aspecto importante dentro del proceso salud-enfermedad-atención.

- A partir de la participación en el programa, las usuarias piensan y proyectan posibles iniciativas propias en otros contextos, pero no las llevan adelante en la práctica. Esta iniciativa a nivel representacional no logra articularse en las prácticas de las usuarias.
- Desde el programa se espera que las usuarias tengan algún tipo de participación más que la aceptación de lo consignado por los efectores del programa/servicio. Sin embargo, al ser escasa la información transmitida y al no considerarla como un insumo fundamental en la toma de decisiones, su rol quedará limitado, sin percepción de los/as profesionales de la razón del fracaso de las intenciones de participación.

#### ASISTENCIAL

- El programa no tiene como objetivo promover la autonomía de las usuarias. Sus prácticas e intervenciones son paternalistas/asistencialistas. Este tipo de práctica implica que el saber queda del lado del profesional, por lo tanto el rol de la usuaria quedará restringido al cumplimiento de las indicaciones realizadas por el experto/a.
- El programa no se propone entre sus objetivos que las usuarias participen en la toma de decisiones sobre su salud. Las decisiones son terreno exclusivo de los profesionales. Los mismos no tienen en cuenta la participación de las usuarias en su proceso de salud-enfermedad, ya que dentro de este modelo el único rol posible para ellas es el de "pacientes".
- El programa no tiene entre sus objetivos promover la construcción de redes sociales entre las participantes. Al mismo tiempo las participantes no construyen redes de forma espontánea. Esto no queda planteado como un objetivo a fomentar, en tanto la salud es considerada en un plano puramente individual.
- Los equipos no consideran los conocimientos previos de las usuarias como saberes en el campo de la salud, el conocimiento lo posee solo el experto/a por haberse formado en el ámbito académico. Aquella comprensión que pueda portar la usuaria es considerada de antemano una ignorancia o un obstáculo a desarmar.
- El programa brinda la información que considera que la usuaria necesita saber. Se cree que hay determinada información que la usuaria no necesita saber o que no tiene la capacidad para entenderla.
- Las usuarias no construyen iniciativas propias a futuro en otros contextos. La intervención desde el servicio no fomenta este aspecto ya que la concepción que tienen sobre el proceso de salud-enfermedad es aco-

tada en tanto no considera los factores psicosociales.

- Las usuarias se someten acriticamente a las indicaciones de lo propuesto por el programa, al mismo tiempo que los profesionales esperan este acatamiento. De esta manera, las usuarias no son consideradas como sujetos activos de su proceso de salud, sino que quedan en lugar de objetos de las prácticas.

### ¿CÓMO EVALUAR LA EQUIDAD?

Para evaluar la equidad se exploró si existían diferencias en la cantidad de varones y mujeres que se acercan y participan, cómo se caracteriza la población para la cual se pensó el programa, cómo se deciden los horarios de funcionamiento del programa y si se considera que esto influye en el hecho de que se acerquen más mujeres que varones, en el caso de que así sea.

### INTEGRAL

- El programa contempla entre sus objetivos y promueve acciones que garantizan la equidad en el acceso, permanencia y seguimiento/cierre del programa.
- El programa contempla la especificidad de cada género según las necesidades presentes y se los atiende adecuadamente, promoviendo la equidad de género. Tiene una mirada preventiva hacia el ciclo vital siguiente.
- La oferta de servicios es totalmente gratuita, considerando un derecho la atención sin que medie el pago directo de bolsillo. Incluye la provisión de medicamentos e insumos si fuera necesario.
- Ofrece desde la primera consulta hasta la última, información clara, amigable y no sexista, con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios y cobertura ofrecidos en el programa y en otros programas relacionados.
- El programa tiene una amplia cobertura. Está abierto a la atención de todas/os sus destinatarios/as sin discriminación de ningún tipo.

Los horarios ofrecidos para los servicios son amplios y acordes a las necesidades de los/as usuarios/as.

- El programa cuenta con condiciones estables y sostenidas en el tiempo para que todos/as los /as usuarios/as accedan, permanezcan y vuelvan al servicio cada vez que sea necesario, siempre desde un enfoque de promoción de la salud.

### SEMI-INTEGRAL

- El programa contempla entre sus objetivos y promueve algunas acciones que garantizan la equidad en el acceso, permanencia y seguimiento/cierre del programa.
- El programa contempla algunos aspectos específicos de cada género según las necesidades presentes y se los atiende adecuadamente promoviendo la equidad de género. Incluye un enfoque preventivo hacia el ciclo vital siguiente.
- La oferta de servicios es gratuita. Si bien esto es considerado un derecho, los medicamentos e insumos

son provistos de manera parcial.

- Ofrece información clara, amigable y no sexista una vez que la/el usuaria/o está integrada/o al mismo. El objetivo es facilitar el acceso a los servicios y la cobertura ofrecidos en el programa.
- El programa se propone atender a todas las personas destinatarias sin discriminación pero sus alcances no son suficientes.
- La mayoría de los horarios ofrecidos son amplios, existiendo algunos que consideran las necesidades específicas de los/as usuarios/as. Si contara con los recursos necesarios ampliaría la cobertura.
- El programa cuenta casi siempre con condiciones estables y sostenidas en el tiempo para que todos/as usuarios/as accedan, permanezcan y vuelvan al servicio.

### TRANSICIONAL

- El programa contempla entre sus objetivos la equidad en el acceso, permanencia y cierre del programa pero no articula acciones que lo garanticen.
- El programa contempla algunos aspectos específicos de cada género según las necesidades presentes y se los atiende adecuadamente. Si bien tiene algunos aspectos preventivos hacia el ciclo vital siguiente, no logra efectivizarlos.
- La mayoría de los servicios ofrecidos por el programa son gratuitos. No es posible acceder a medicamentos e insumos previstos por la ley, en forma gratuita.
- Tiene la intención de ofrecer información clara, precisa y no sexista sobre la manera de acceder a los servicios del programa, pero esto no siempre se puede llevar a cabo.
- El programa está abierto a la atención de todas las personas destinatarias y sin discriminación, pero esto no se traduce en las prácticas.
- Si bien entienden las dificultades que genera no tener horarios más amplios y flexibles, los servicios se ofrecen sólo en horarios laborales o comerciales tradicionales (lunes a viernes de 9 a 18 hs.).
- El programa está diseñado para que todos/as usuarios/as accedan al servicio y permanezcan en él, pero no se logra por falta de recursos (humanos, materiales, económicos, etc.).

### ASISTENCIAL

- El programa no contempla entre sus objetivos ni promueve acciones que garanticen la equidad en el acceso, la permanencia y el seguimiento/cierre del programa.
- El programa está regido por criterios médicos hegemónicos y se maneja de acuerdo con el modelo materno-infantil. Dicho enfoque se centra en la atención madre-hijo y toma en cuenta a la mujer sólo en tanto madre y al niño en tanto hijo, quedando el padre excluido del mismo. Asimismo se privilegia la atención del embarazo, el parto y el puerperio.
- Se sostiene que los servicios son gratuitos pero en la

práctica se accede a ellos a través de bonos contribución.

- La información ofrecida, aunque se lo haga de manera clara y amigable, no es completa y responde al modelo asistencialista que parte de una concepción de las personas como pasivas y necesitadas de protección.
- El programa establece una población objetivo que pueden ser mujeres o varones pero que en cualquier caso excluye al otro sexo.
- Se ofrece escasa variedad de horarios y se lo hace en franjas que son poco accesibles para algunos sectores de la población que utilizan sus servicios.
- El programa cuenta con condiciones para que todos/as los/as usuarios/as accedan al servicio. La permanencia queda ligada exclusivamente a la presencia de enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burin, M. (1992). Nuevas perspectivas en Salud Mental de mujeres. En A.M. Fernández, (Comp.) *Las mujeres en la Imagen Colectiva* (pp. 314-332). Bs. As.: Paidós.
- 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.
- Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (1995, septiembre). *Plataforma de Acción de Beijing*. Beijing: Organización de las Naciones Unidas.
- 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". Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género y Salud, Washington DC.
- Maffía, D. (2001). Ciudadanía sexual. En *Feminaria XIV* (26/27), 28-30. Buenos Aires.
- Marshall, T.H. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza.
- Morillo de Hidalgo, C. (2000). Las redes sociales: nuevo modelo de organización para el desarrollo humano sostenible. *Revista Puntual*, 6 (11), 10-15.
- Sen, G.; Östlin, P. y col. (2009). *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente- Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Tajer, D. (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Universidad Nacional del Cauca, RSMLAC, Popayán, Colombia, 27-39.
- Tajer, D. y otros (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. ISSN 0329-5885, Tomo I, 251- 260.
- Tajer, D. y otros (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. ISSN 0329-5885, Tomo I, 271-280.
- Tajer, D. y otros (2009). 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 3da parte. XVI Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. ISSN 0329-5885, Tomo I, 349-353.

Fecha de recepción: 26 de marzo de 2010

Fecha de aceptación: 39 de agosto de 2010