

## ¿QUÉ VES CUANDO ME VES?

### TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS/LAS TRABAJADORES/AS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN PERSPECTIVA DE GÉNERO

**\*Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer"**

**Categoría Temática**

Trabajo inédito

Clínica Ampliada

Enero 2018- Septiembre 2018

**Tipo de trabajo**

Investigación Cualitativa-cuantitativa

#### **AUTORES**

ARIZAGA, LUCIA. Médica Residente de Medicina General del HNBS\*.

DNI 31.208.452

CASTILLO, DANIEL.S Médico Residente de Medicina General del HNBS\*.

DNI 31.937.659

FERNANDEZ, MARIA ROSA Médica Residente de Medicina General del HNBS\*.

DNI 26.943.271

JENKINS, CLAUDIA A. Médica Residente de Medicina General del HNBS\*.

DNI 32.489.594

LEDESMA, AGUSTÍN. Médico Residente de Medicina General del HNBS\*.

DNI 29.591.728

MARTINEZ, JOSEFINA Licenciada en Trabajo Social Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

DNI 28.413.754

DNI 32.946.120

PONCE, HILDA V. Licenciada en Psicología - AP-HNBS\*.

PROSPERI, CAMILA Médico Residente de Medicina General del HNBS\*.

DNI:32.009.473

QUEVEDO, MARIANGELES Medica Generalista AP HNBS\*

DNI 32.034.526

RIOS, PAMELA C. Licenciada en Trabajo Social - AP-HNBS\*.

DNI 32.149.101

RODRÍGUEZ, MARÍA X. Licenciada en Psicología Social - AP-HNBS\*.

DNI 31.241.559

SACCHIERO, MARÍA S. Medica generalista -AP- HNBS\*.

DNI 32.951.817

VASSALLO, JESICA. Y Médico Residente de Medicina General del HNBS\*.

DNI:33.516.260

#### **COLABORADORES**

FUENTES, MARÍA J. Licenciada en Nutrición - AP-HNBS\*.

DNI 33.521.224

MIGUENS ROXANA. Promotora de Salud - AP-HNBS\*.

DNI 21.492.640

Ruta 24 Km 23,500, General Rodríguez, Buenos Aires  
(C/P 1748) areasommer@gmail.com

(011)6104.8839

**Título: “¿Qué ves cuando me ves?”**

Trabajo de investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los/las trabajadores/as en el Primer Nivel de Atención en perspectiva de género.

**Autores:**

ARIZAGA, Lucia; CASTILLO, Daniel S; FERNANDEZ, María Rosa; JENKINS, Claudia A; LEDESMA, Agustín; MARTINEZ, Ma. Josefina; PONCE; Viviana H; PROSPERI, Camila, S; QUEVEDO, Mariángeles; RIOS, Pamela. C; RODRIGUEZ, Ma. Ximena; SACCHIERO, María, S; VASSALLO, Jesica, Y.

**Contacto:**

Hospital Nacional “Dr. Baldomero Sommer”.

Ruta Provincial N° 24, KM 23,5, General Rodríguez, Buenos Aires. CP: 1748.

(011) 6104.8839

[areasommer@gmail.com](mailto:areasommer@gmail.com)

**Trabajo de investigación con abordaje cuali-cuantitativo (mixtos)****Clínica Ampliada.**

El presente trabajo tiene como objetivo indagar acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los/las trabajadores/as de salud del PNA sobre cuestiones vinculadas a perspectiva de género, permitiendo así un análisis reflexivo y crítico en la temática.

Se realizó un instrumento de recolección destinado a los/las trabajadores/as y otro para profesionales referentes.

Luego se realizó una triangulación de métodos, los cuales se analizaron mediante la hermenéutica- dialéctica.

El alto grado de interés sobre la temática y la necesidad objetivada de capacitación denota un terreno fértil para la construcción de la equidad de género. La falta de lineamientos institucionales con perspectiva de género, reflejan lo indispensable de la generación de políticas públicas que la incluyan. Consideramos relevante retomar el concepto de heteronormatividad y problematizarlo. Creemos que impulsar una sensibilización reflexiva de las prácticas incluyendo a los varones, es de fundamental importancia.

Pudimos concluir que, si bien hubo avances con respecto a incorporar la perspectiva de género en salud, aún no siempre se tiene en cuenta en nuestras prácticas cotidianas las asimetrías, injusticias, relaciones de poder y roles entre géneros. Es por ello que consideramos fundamental revalorizar los espacios de capacitación permanente y problematizar las prácticas para poder construir nuevos conocimientos como principal estrategia de cambio.

**Palabras claves:** GÉNERO- SALUD- PNA- APS-.

**Soporte técnico:** PROYECTOR Y PANTALLA

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer se encuentra ubicado en el partido de General Rodríguez, a 51 km al oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, formando parte del 4° cordón del conurbano bonaerense. Su Área Programática está conformada por diferentes sectores: Atención primaria de la Salud (APS), Vacunatorio, Programas Sanitarios, Epidemiología, Morgue y una Residencia de Medicina General.

Los efectores del primer nivel de atención son diferentes postas de salud: centros comunitarios, organizaciones sociales y centros de atención primaria, en los cuales se articula con diferentes servicios y/o instituciones. Actualmente el Área Programática realiza sus actividades en 6 postas de salud articulando con los municipios de Gral. Rodríguez y Gral. Las Heras. Desarrollando acciones de promoción, prevención y cuidados de la salud integral, fomentando la participación colectiva en comunidades de diferentes culturas desde la perspectiva de APS.

En el año 2017 presentamos un trabajo de investigación<sup>1</sup> en el cual nos enfocamos en la salud de los varones desde una perspectiva de género e indagamos cómo las construcciones sociales, que parten del modelo de Masculinidad Hegemónica (MH), influyen sobre la percepción de salud de los varones de la comunidad. Concluyendo que este modelo de MH funciona como un factor de riesgo para su salud.

El presente trabajo surge a partir de los resultados de dicha investigación y la problematización de nuestra labor cotidiana como Equipo de Salud e intenta indagar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen trabajadores/as del Primer Nivel de Atención (PNA) sobre perspectiva de género.

A partir de lo cual, nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Qué conocimientos tienen los/las trabajadores/as del PNA en Argentina, sobre perspectiva de género? ¿Qué actitud tienen frente a la posibilidad de incorporar la perspectiva de género en sus prácticas cotidianas? La concepción de género que tienen ¿condiciona su práctica cotidiana?

---

<sup>1</sup> La masculinidad hegemónica y su resonancia en la salud de nuestros varones: un acercamiento a las construcciones sociales como modelos del deber ser del varón desde una perspectiva de género. HNBS\*. 2018



## **ACERCA DE LOS AUTORES**

Los/las investigadores/as formamos parte del equipo del Área Programática del Hospital Nacional Doctor Baldomero Sommer, conformado por: Licenciada en Trabajo Social, Licenciada en Nutrición, Promotora de Salud, Licenciada en Psicología, Licenciada en Psicología Social y los/las médicos/as residentes de Medicina General y/o Medicina Familiar. También participó de esta investigación una Licenciada en Trabajo Social dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

## **FUNDAMENTACIÓN**

El actual trabajo se presenta como una continuidad de investigaciones anteriores, encontrando sus fundamentos en el intento de generar aportes para la deconstrucción del pensamiento patriarcal en el ámbito de PNA.

Esta producción busca reflexionar y problematizar acerca de la labor cotidiana de los Equipos de Salud en cuestiones vinculadas a género y salud.

Nos sumamos a los esfuerzos que realizan los movimientos de mujeres y, colaboramos con ellas desde nuestro ámbito laboral, buscando incidir en la mirada sobre la valoración de género, e intentado realizar un abordaje crítico sobre cómo pensamos las cuestiones de género y sobre cómo eso influye en la calidad y eficacia de nuestras acciones en salud, con el fin de lograr cambios en nuestra práctica diaria.

El género es uno de los ejes transversales que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y varones. Retomando la visión de Garzón Segura (2015) consideramos que las construcciones sociales de género han afectado estructuralmente a la sociedad, atravesando todas las relaciones sociales, incluyendo las del ámbito de la salud.

## **OBJETIVOS GENERALES**

- Indagar qué conocimientos, actitudes y prácticas poseen sobre perspectiva de género lo/as trabajadores/as de PNA de la Argentina en el año 2018.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Indagar qué conocimientos tienen los/las trabajadores/as de equipos de PNA, en Argentina, sobre perspectiva de género.



- Indagar qué actitud tienen los/las trabajadores/as de equipos de PNA, en Argentina, frente a la posibilidad de incorporar la perspectiva de género en sus prácticas cotidianas.
- Indagar si la concepción de género que tienen los/las trabajadores/as de equipos de PNA en Argentina condiciona su práctica cotidiana.

## MARCO TEÓRICO

### CONCEPTUALIZACIONES EN RELACIÓN CON EL GÉNERO

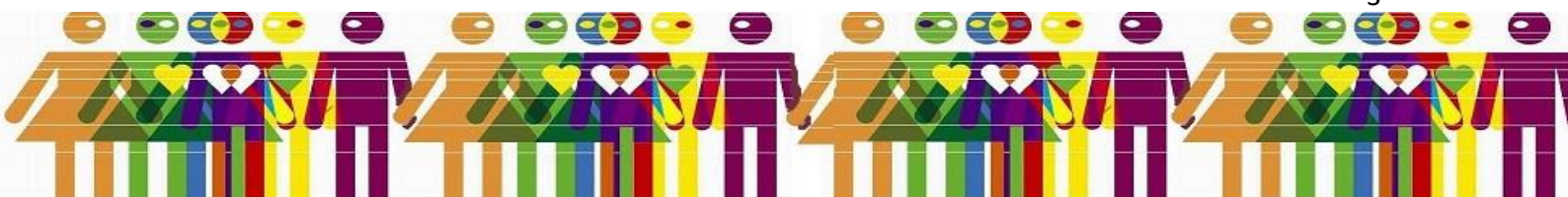
Para comenzar el marco teórico, es necesario desarrollar ciertas definiciones básicas en relación con las cuestiones de género.

En los últimos años se ha desarrollado el concepto de perspectiva de género, con el propósito de replantear todos aquellos temas considerados de vital importancia para las mujeres. En consecuencia, la perspectiva de género se incluye en los programas, proyectos y políticas, permitiendo analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los varones, así como sus semejanzas y diferencias. Analizando las posibilidades y oportunidades de ambos, sus expectativas y las relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen.

Existe en nuestra sociedad una clasificación hegemónica, que presupone dos únicos sexos para el ser humano. Es así como, a partir de las características diferenciales de los genitales externos (biológico), se determina si una persona es de sexo masculino o femenino.

Como explica Diana Maffia (2003) :*“Cuando se habla de dos sexos, masculino y femenino, se está abarcando en esta dicotomía un disciplinamiento de aspectos muy complejos de la sexualidad humana. Por supuesto el sexo anatómico, con el que a primera vista y al nacer se clasifica a casi todos los seres humanos. Tan fuerte es el dogma sobre la dicotomía anatómica, que cuando no se la encuentra se la produce.”.*

En este sentido Cabral (2013) plantea que: *“el interjuego de variables sexuales como son los cromosomas, las hormonas, las gónadas, las estructuras sexuales internas y los genitales externos, representan en nuestra especie, una diversidad mayor a la simple denominación femenina/masculina. La complejidad que encierran dichas interacciones hace*



*que esta mirada dual no sea capaz de explicar al sexo. Ya que existen variables biológicas que pueden permanecer ocultas en el momento de pensar al sexo si no hacemos el esfuerzo por deconstruir esta visión dicotómica”.*

En suma, el modelo binario tiene un elemento más que funciona como una matriz que jerarquiza y produce las relaciones dentro del sistema sexo-género: la heteronormatividad. La cual entendemos como: *“el modelo de percepción y de valoración por el cual suponemos que todas las personas que nos rodean son heterosexuales (Invisibilizarían otras formas de desear y amar), al tiempo que establecemos que es esa la forma más deseable de vivir y expresar la sexualidad (Jerarquización)”.* (Instituto Provincial de la Administración Pública, 2018)

Por otra parte, respecto al concepto de género, la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) adoptó este concepto declarando que *“el género se refiere a los papeles sociales construidos para la mujer y el hombre asentados en base a su sexo y dependen de un particular contexto socioeconómico, político y cultural, y están afectados por otros factores como son la edad, la clase, la raza y la etnia”.*

Es imprescindible tener en cuenta este otorgamiento social de atributos, roles y responsabilidades porque implican disparidad en el acceso a los recursos y a la toma de decisiones. Por lo tanto producen desigualdades sociales, económicas y políticas entre varones y mujeres. Esta forma de relación de poder debe su eficacia a que se construye como una relación social biologizada, que legitima una relación de dominación, que de esta manera es naturalizada (Bourdieu & Wacquant, 2014).

Es decir, que las distintas sociedades adscriben roles en función del sexo, pero estos varían en función de las culturas y de los momentos históricos. Siendo la constante en todas las sociedades que las tareas que realizan los varones gozan de mayor prestigio social que las realizadas por las mujeres. (Briñón García, 2007)

De esta manera se construyen relaciones de poder, que se plasman en todos los ámbitos sociales.

Para comprender mejor el origen de las desigualdades de género, así como su producción y reproducción en la dinámica y organización social, desde diferentes vertientes





teóricas se ha prestado especial atención al concepto de patriarcado, que, en sentido amplio, podemos definir como *“la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia; y la ampliación de ese dominio en la sociedad en general”*. (Instituto Provincial de la Administración Pública, op cit.).

## **GÉNERO Y SALUD**

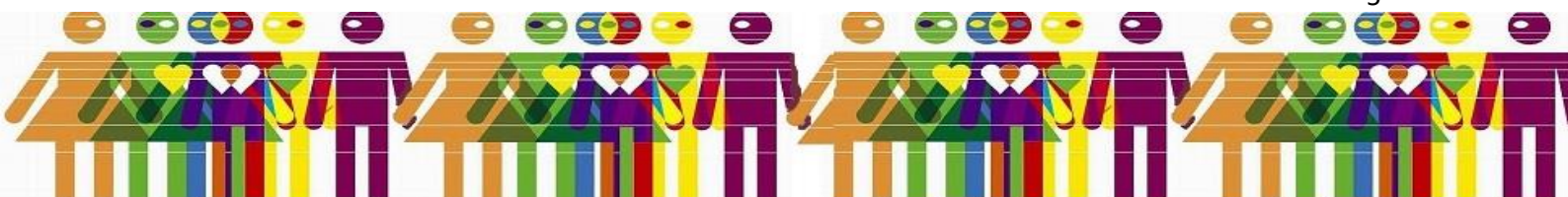
En este apartado desarrollaremos, en la primera parte, la definición de salud a la que adherimos. Posteriormente, explicaremos la importancia que le otorgamos al género como determinante de salud. Y luego, intentaremos explicar el modo en que el género influye diferencialmente en la salud de mujeres y varones. Estas definiciones nos servirán para pensar por qué consideramos imprescindible tener una perspectiva de género en salud.

No es nuestro objetivo ingresar en la complejidad que encierra esta problemática, sino acercarnos a conceptos que nos permitan pensar sobre el tema de investigación. Es un trabajo de exploración que intenta ampliar nuestra visión, para cambiar nuestras prácticas.

Existen múltiples nociones referidas al concepto de salud de acuerdo con los diferentes enfoques y/o paradigmas existentes, ya sea, biomédico o biopsicosocial, entre otros. Enunciaremos aquí únicamente las definiciones que se encuentran dentro del paradigma biopsicosocial, al que adherimos.

El concepto de salud se ha definido en contraposición a la enfermedad, así pues, la Organización Mundial de la Salud (1948), en adelante OMS, la identificó como: *“El estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades.”*

Sin embargo, algunas voces críticas cuestionaron este sentido absoluto de bienestar, que incorporó la definición de la OMS, pues la consideró una utopía, ya que dicho estado en los tres órdenes mencionados, *“se torna inalcanzable”*, pues no sólo dependen de la persona, sino que abarca también sus vínculos sociales, afectivos y su entorno en general. Si bien la concepción de salud de la OMS rige en la mayoría de los planes y programas argentinos, existen otras formas de concebirla, entre ellas se encuentra la enunciada por Ferrara (1985), quien se enmarcó en un enfoque diferente al planteado por la OMS, pues



expresó que: *“La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma que la salud corresponde a un estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos”.*

Por otro lado, consideramos que incluir una mirada de género en salud implica poder evidenciar las asimetrías que determinan una diferenciación en el proceso salud-enfermedad-atención entre varones y mujeres. Dicha asimetría, establece perfiles con vulnerabilidades, modos de vida y morbimortalidad específicos, relacionados a los géneros. (Tajer et al., 2012)

La perspectiva de género incorpora una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y derechos.

En el libro *Género y Salud: Las políticas en acción*, (Tajer et al., *op cit.*) al abordar la problemática de la mujer en relación con la salud, explican que la función de la mujer sigue siendo, pese al gran avance logrado por los movimientos feministas, cuidadora de la salud de la familia. Dicha actividad implica un exceso de trabajos y responsabilidades.

Dentro de los problemas de salud que son propios de las mujeres, es de gran importancia la violencia de género. En esta denominación hay una amplia gama de situaciones que sufren las mujeres, que influyen de manera drástica en el desarrollo individual y colectivo de nuestra población. Los datos son demoledores, en el extremo de la violencia machista, se encuentran los femicidios, que, según datos provenientes de la Corte Suprema de Justicia (2017), en la Argentina hubo 251 víctimas de femicidio y el 93% de los imputados de todo el país fueron varones con quienes las víctimas tenían un vínculo o conocimiento previo.

Con respecto a los varones, como menciona Bonino Méndez (2002), diferentes autores propusieron la existencia de distintas formas de manifestación de la masculinidad, según contextos y momentos históricos, y las llamaron masculinidades. A su vez estas masculinidades, sostiene el autor, presentan relaciones jerárquicas, existiendo una forma





hegemónica que se mantiene estable, al menos desde el renacimiento, en cuanto a sus elementos básicos. Dicha forma dominante de construcción de género, llamada MH, impone una forma rígida de configuración de la corporalidad y la subjetividad, buscando inhibir el desarrollo en la sociedad, de otras masculinidades.

Otros de los componentes que demuestran esta diferenciación de los géneros, es la frecuencia y el tiempo de latencia entre el inicio del problema de salud y la consulta. Las mujeres son quienes realizan el grueso de las consultas en el sistema de salud, tendiendo a consultar de manera precoz en comparación con los varones, quienes llegan cuando el daño sobre su cuerpo es mayor. Esto fue objetivado en nuestro trabajo anterior cuyo eje cuantitativo expresó que las mujeres fueron quienes realizaron alrededor del 90% de las consultas. (Fuentes et al., 2017).

### **MECANISMOS Y MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD**

En la búsqueda bibliográfica para este trabajo hemos encontrado una clasificación realizada por la Organización Panamericana de Salud (2010) que hemos decidido retomar dado que proponen, para el análisis, la existencia de tres mecanismos y modelos de atención en salud diferenciándolos según la presencia o no de una perspectiva de género.

Si bien adherimos a esta clasificación, consideraremos a los modelos como “tipos ideales” (Weber, 1980) entendiendo a los mismos, como herramientas de investigación y no como datos estáticos de la realidad. Concebimos que modelos cerrados y homogéneos no existen, sino que la realidad social es más compleja y es posible encontrar incluso en un sujeto la presencia de más de uno de estos modelos.

Hemos preferido renombrar al primero de los modelos denominado “Insensibles o neutrales al género” por “género hegemónico”. Varias autoras sostienen que dicho modelo engloba a quienes no toman en cuenta las asimetrías, injusticias, relaciones de poder y roles entre géneros. Las autoras utilizan de ejemplo las internaciones domiciliarias, donde sólo contarían con el trabajo de cuidadoras de las mujeres de la familia. Consideramos que no existen miradas neutrales en este tema, y más bien una postura como esta se corresponde a una mirada patriarcal, por lo que decidimos este cambio de denominación.



El segundo tipo corresponde al denominado “conscientes de la dimensión de género”. Aquí se encuentran las miradas que consideran una visión de género, pero no realizan acciones para cambiar las desigualdades.

Por último, se encuentra el tipo “género-transformadores”. Englobados/as aquí se incluyen quienes además de reconocer las desigualdades producidas por las diferencias de género tratan de cambiarlas. Las autoras inscriben dentro de este tipo a los modelos integrales de atención que incorporan la autonomía de los/las pacientes, su historia y sus saberes además de aquellos que reconociendo las diferencias de género promueven acciones para lograr mayor equidad (Tajer et al., *op cit.*).

### **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

Bajo este apartado tenemos como objetivo explicar la definición de APS, a la cual adherimos, para luego definir equipos de salud en PNA.

En la Declaración de Alma Ata se definió a la APS como: *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...] Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”* (Organización Mundial de la salud, 1978).

Si bien esta definición se mantiene bastante estable, durante años se han elaborado estrategias para renovarla. Buscando lograr una nueva visión con el objetivo de incorporar los cambios que se han producido en el mundo y adecuar la APS a nivel mundial (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

### **EQUIPOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

En esta sección delimitaremos el lugar desde donde pensamos el presente trabajo, el PNA y luego definiremos equipos de salud.



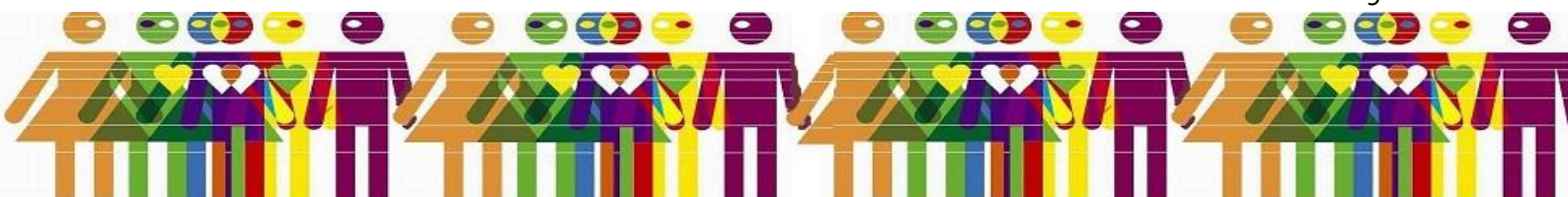
Una forma de organizar los recursos de salud tendientes a satisfacer las necesidades de la población es en niveles de atención. Típicamente se la divide en tres niveles. El primer nivel (nuestro objeto de estudio), es habitualmente donde ocurre el primer contacto con la población, a causa de su cercanía, por estar inserto en el territorio. Admite la resolución de aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes, al resolver las necesidades de atención básica y más frecuentes. Dentro de las actividades que realiza se destacan la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la recuperación y rehabilitación. Por otro lado, con respecto a los equipos de salud, elegimos alinearnos con la definición de la OMS, en donde estos se establecen como una asociación no jerarquizada de personas, que presentan como objetivo proveer, desde distintos niveles y ámbitos, la atención más integral posible. La composición del equipo de salud ha de ajustarse a las características concretas de la comunidad (Vignolo J. Vacarezza M. Álvarez C. & Sosa A, 2011)

## **GÉNERO Y DERECHOS**

En este apartado nombraremos diferentes leyes sancionadas en los últimos años en nuestro país que enmarcan importantes avances en el reconocimiento y la construcción de la equidad de género, constituyéndose paulatinamente un marco jurídico para este propósito.

Es por ello que, consideramos importante y necesario realizar un recorrido histórico/ social para delimitar el conjunto de leyes y derechos que operan como precursores en el marco de referencia a tener en cuenta para incorporar social y culturalmente la perspectiva de género como un concepto transversal.

Estas leyes y decretos son: Ley 23.798 de SIDA, la cual establece el requisito del consentimiento informado y reitera la confidencialidad frente al test y sus resultados (1991); Ley 24455 de Prestaciones Obligatorias que establece la obligatoriedad para las Obras Sociales de ofrecer tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas con VIH (1994); Ley 24754 que incorpora la atención de las personas con VIH por parte de las empresas de medicina prepaga (1996); Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) , en la que uno de sus objetivos es alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de



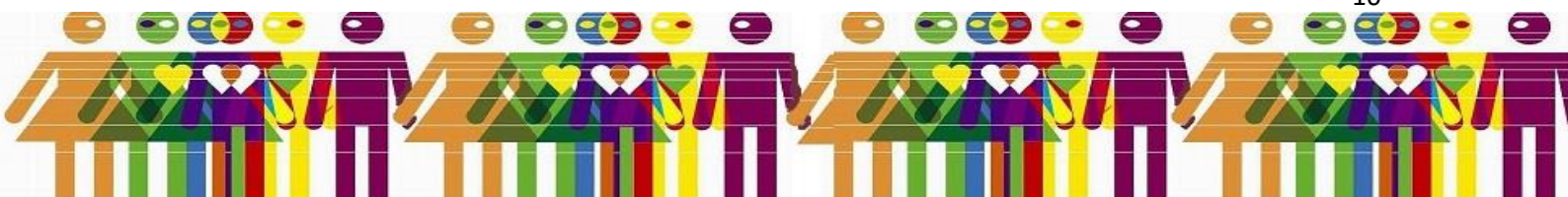
discriminación, coacciones o violencia; Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (2006), donde en sus objetivos se procura la igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres; Ley 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en el espacio que desarrollen sus relaciones interpersonales (2006) ; Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual (2009) ,en la cual uno de sus alcances es promover la protección y salvaguarda de la igualdad entre hombres y mujeres y el tratamiento plural , igualitario y no estereotipado, evitando toda discriminación por género u orientación sexual; Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario (2010) ; Ley 26.743 de Identidad de Género (2012) ; Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida (2013) ; Ley 26.994 Código Civil y Comercial Unificado (2014) ; y el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1006/2012, de Reconocimiento Legal de Hijos e Hijas de Familias Comaternalas (2012).

También en el año 2009 se sancionó y promulgó la Ley 26529 sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009), en donde se resalta como derechos del paciente la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad y la confidencialidad, entre otros.

Luego en el año 2012 se creó en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación la Coordinación Nacional de Diversidad Sexual, encargada de implementar líneas de acción que mejoren la calidad de vida y promuevan los derechos de las poblaciones de LGBTTTIQ (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgéneros, travestis, intersexuales, queers). Un área especialmente destinada a lograr la inclusión de la Diversidad Sexual de manera transversal e integral en todos los espacios del mismo Ministerio y en articulación permanente con otras instancias del Gobierno y la sociedad (Andora et al., 2012).

## **INCORPORACIÓN DE LA CATEGORÍA GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

La política pública puede considerarse básicamente como la forma que tiene el estado de intervenir en las cuestiones socialmente problematizadas. En este sentido, es que definimos a la política pública como: *“El conjunto de posiciones, tácitas o explícitas, de diferentes agencias e instancias del aparato estatal que expresan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una cuestión que despierta la atención, el interés o la movilización de los actores sociales”* (Oszlak y O'Donnell, 1982)



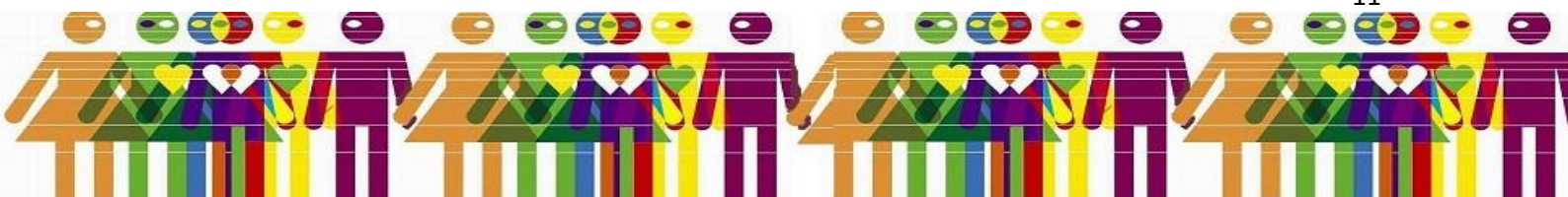
Ahora bien, es importante resaltar que las políticas públicas se configuran históricamente de acuerdo con la relación entre el estado y la sociedad que se establece en un momento determinado. Es decir, *“El Estado se constituye como una relación social e histórica, donde se configuran el modelo de acumulación, la forma de legitimación política y el modelo de inserción internacional”* (García Delgado, 2016).

Particularmente, la política social como parte de las políticas públicas, es entendida en términos generales como la manera en que el Estado atiende a las manifestaciones de la cuestión social.

Pese a los logros obtenidos, Argentina enfrenta importantes desafíos para alcanzar la igualdad entre varones y mujeres. Revertir las desigualdades de géneros requiere la institucionalización de la perspectiva de género en el ámbito de las políticas públicas

Hasta el momento, el Estado Argentino cuenta con oficinas de la mujer de carácter nacional, provincial y municipal y con algunas políticas públicas específicas desarrolladas por diferentes ministerios, o bien aplicadas a partir de leyes de acción afirmativa, como ser el cupo femenino en los parlamentos.

Artiles Visbal (2002) propone la necesidad de incorporar el género de forma consciente, no formal, en la formulación de las políticas públicas en salud y en el reconocimiento de los derechos ciudadanos. La autora sostiene que para incorporar la categoría género en las políticas públicas, es necesario transitar del modelo médico hegemónico predominante al modelo médico social. Para ello, considera preciso introducir el enfoque médico social, y en particular la perspectiva de género, en la formación de recursos humanos en salud, en cursos de capacitación y en programas académicos de pre y postgrado que contribuya a una formación más integral de los profesionales de la salud. Puesto que, la apropiación de la determinación de lo social como determinante y riesgo para la salud puede favorecer un análisis más integral de la información y el dictado de políticas más equitativas. Asimismo, los contenidos académicos y de la capacitación deben ir dirigidos al desarrollo de habilidades para utilizar el género como herramienta para el análisis de la situación de salud, las estadísticas sanitarias, la vigilancia epidemiológica; la planificación sanitaria y la gestión de los servicios de salud.





## CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

El análisis de conocimientos, actitudes y prácticas, en adelante CAP, es una herramienta analítica para la comprensión de comportamientos. Puede ser utilizado para realizar diagnósticos y planificaciones de investigaciones.

Entendemos al conocimiento como la información que un sujeto tiene y que es imprescindible para realizar una actividad. Una actitud, es una manifestación exterior que muestra una preferencia sobre alguna actividad, es una predisposición a actuar, y por ello es un sitio privilegiado para realizar intervenciones. El comportamiento, es lo manifiesto, lo realizado (Anónimo, 2018) .

## MARCO METODOLÓGICO

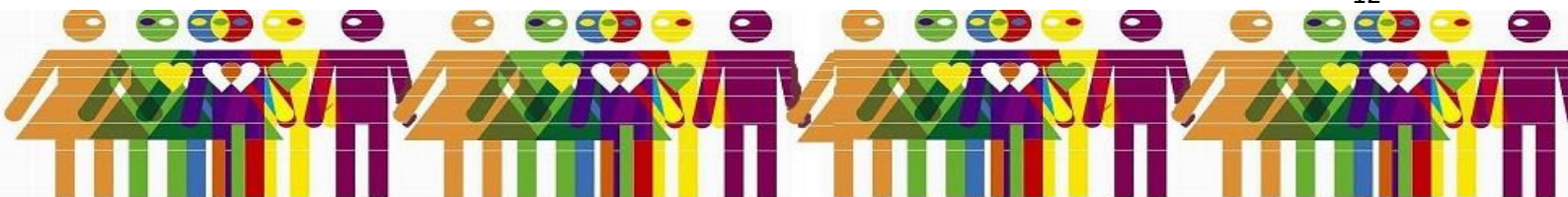
Este es un trabajo de investigación con enfoque mixto, cuali cuantitativo que utiliza una triangulación de métodos para responder a los objetivos planteados desde diferentes perspectivas.

Destacamos desde esta forma, la posibilidad de analizar regularidades, frecuencias, así como también relaciones, historias, puntos de vista y representaciones de los sujetos en acción, para obtener así aspectos subjetivos de la realidad social, reconociendo la realidad dual entre lo cuantitativo y lo cualitativo. De esta manera, es como conceptos disciplinares esenciales para la investigación podrán ser confrontados y enriquecidos transversalmente.

Según Samaja (2009), *“La integración sucede por razones prácticas en la medida que se intenta superar la dicotomía entre cuantitativo versus cualitativo”*.

Con el objetivo de indagar qué conocimiento, actitudes y prácticas poseen trabajadores/as del PNA que se desempeñan en Argentina, en el año 2018 sobre perspectiva de género, nos separamos en dos grupos de trabajo GRUPO A y GRUPO B para la generación de herramientas de recolección de datos.

El grupo A tomó como objeto de estudios a los equipos de salud. A partir de una encuesta dirigida a trabajadores del PNA con al menos un año en el territorio y que trabajasen con mayores de 14 años, considerando que a partir de esta edad los usuarios podrían acceder al sistema de salud de manera independiente. La misma fue difundida de



manera digital, a través de redes de mails, y mensajería instantánea con la intención de socializarla a compañeros de otros equipos de salud. Consistió en una guía de preguntas semiestructuradas ad hoc que presentaba 5 secciones con respuestas de opción múltiple (Anexo 1).

La primer sección consistió en preguntas relacionadas con género, rango etario y el rol en el centro de salud al cual asistía. La segunda sección, indagó sobre conocimientos de género y salud. La tercera sección, consultaba acerca de actitudes con respecto a género y salud. Una cuarta sección fue respecto a prácticas relacionadas con género y salud. Y la última al rol del equipo en cuestiones de género y salud.

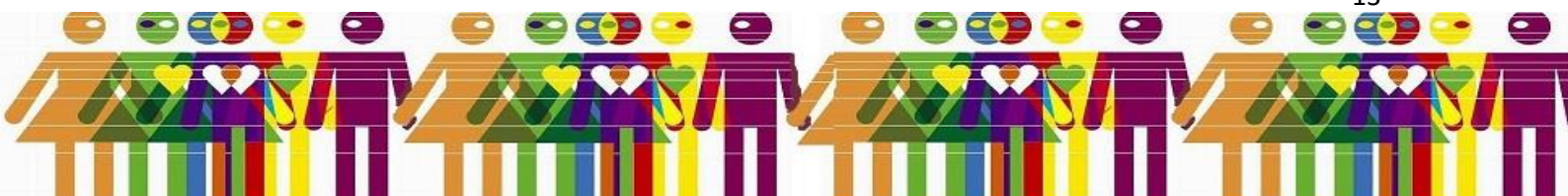
En cuanto al grupo B, confeccionamos una entrevista dirigida a profesionales de la salud de distintas disciplinas que tuviesen participación activa en perspectiva de género: S.D, Médico Generalista y L.M, Dra. en Ciencias Sociales y Humanas; siendo referentes en su ámbito laboral. Las entrevistas se basaron en una grilla con preguntas abiertas, tuvieron una duración de alrededor de 100 minutos, fueron grabadas (con previa autorización), y luego transcritas para el análisis (Anexo 2).

El análisis cualitativo de las encuestas y entrevistas fue realizado a través de una investigación temática en búsqueda de unidades de significación. Se realizó la codificación y clasificación de la información revisando la transcripción de los discursos de los entrevistados.

Para este trabajo, generamos a través de los instrumentos mencionados, dos unidades de análisis: 1) trabajadores en el PNA; 2) profesionales de la salud de distintas disciplinas que tuviesen participación activa en perspectiva de género. Utilizamos preguntas guías para la construcción de categorías analíticas y operacionales para el análisis de las mismas.

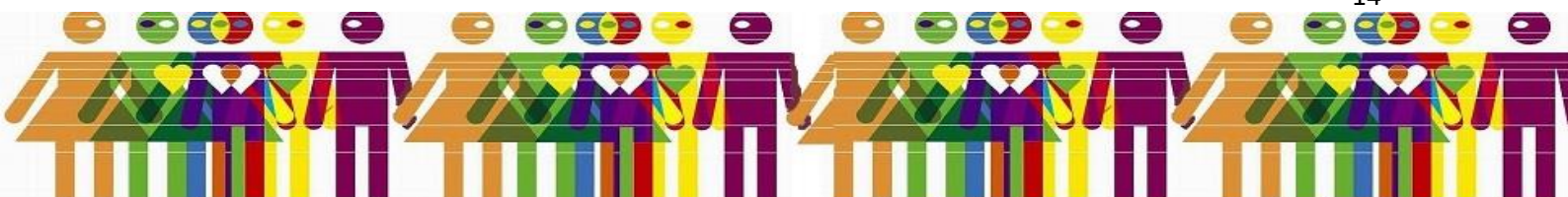
Las categorías analíticas para la encuesta fueron rango etario, género y rol que ocupa en el PNA. En el caso de las categorías operacionales fueron:

1. Nivel de creencia acerca de la afirmación “Género y sexo son la misma cosa”
2. Definición de género.
3. Definición de feminismo.



4. Participación de capacitaciones en la temática.
5. Grado de interés en género.
6. Nivel de creencia de la afirmación “Las personas que trabajan con perspectiva de género son feministas u homosexuales”
7. Nivel de creencia de la afirmación “El género es cosa de mujeres”
8. Nivel de creencia de la afirmación “Las mujeres tienen que cumplir con su rol de madre y ama de casa porque es su función natural”
9. Nivel de creencia de la afirmación “Los varones son más fuertes, aventureros y valientes que las mujeres”
10. Nivel de creencia de la afirmación “Las mujeres son más sensibles, románticas y soñadoras que los varones”
11. Nivel de creencia de la afirmación “El cuidado de los enfermos es responsabilidad de las mujeres de la familia”
12. Nivel de creencia de la afirmación “El varón debe ser sustento económico del hogar”
13. Nivel de creencia de la afirmación “Lo natural es que el varón sea el responsable del mantenimiento/reparaciones del hogar”
14. Implicancia de la visión sobre perspectiva de género en el ámbito laboral.
15. Forma de identificar al paciente al momento de la consulta.
16. Indagar si el trabajador le consulta al usuario cómo quiere ser llamado.
17. Acompañamiento al centro de salud.
18. Relevancia de la inclusión de la perspectiva de género en la práctica cotidiana.
19. Interés del resto del equipo en cuestiones de género.
20. Incorporación de las cuestiones de género en su equipo de trabajo.
21. Incorporación de la perspectiva de género en la planificación del equipo.
22. Identificación de facilitadores/obstaculizadores en cuestiones vinculadas con género y salud en su lugar de trabajo.

En el Anexo 3 se detalla la operacionalización de las categorías con sus respectivas variables correspondientes a la encuesta.



Con respecto a las entrevistas, las categorías analíticas fueron: profesión y lugar de trabajo. Mientras que las operacionales fueron:

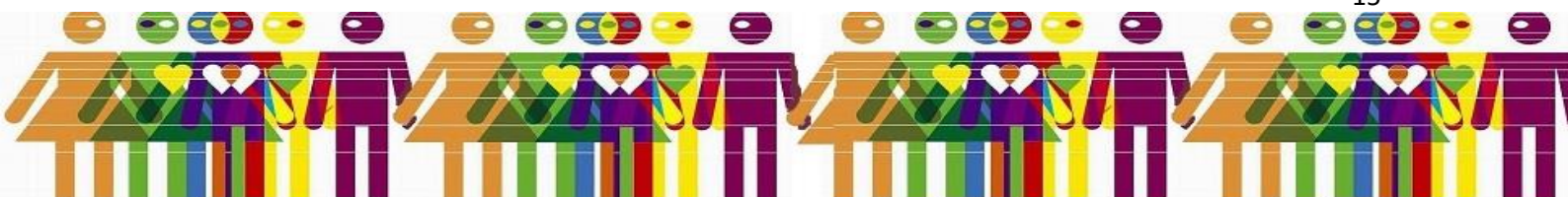
1. Interés por cuestiones de género.
2. Espacio de capacitación. Interés personal y/o institucional.
3. Implicancia de la mirada de género en salud.
4. Políticas públicas en salud.
5. Capacitación del equipo de salud en perspectiva de género.
6. Conocimientos a adquirir en género y salud.
7. Facilitadores/obstaculizadores con respecto al acceso a las capacitaciones.
8. Facilitadores/obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género en el equipo.
9. Facilitadores/obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género con otras instituciones y/o servicios.
10. Prácticas en los equipos que reprodujeran estereotipos de género.
11. Estrategias de sensibilización.
12. Opinión sobre la afirmación “La perspectiva de género es sólo aplicable a la salud de las mujeres”
13. Opinión sobre la afirmación “Los equipos de salud mayoritariamente reproducen en su práctica la desigualdad entre géneros”

En el Anexo 4 se detalla la operacionalización de las categorías con sus respectivas variables correspondientes a la entrevista.

Una vez analizadas ambas unidades procedimos a realizar una triangulación de métodos, no con la idea de sumar resultados disciplinares, sino como generador de un colectivo de la investigación, en forma de síntesis.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Cuando realizamos las entrevistas y las encuestas informamos previamente a los/las participantes sobre el fin de las mismas, la posibilidad de utilizar los datos en forma anónima para trabajos de investigación y la no remuneración de ningún tipo ante la situación.



## RESULTADOS

### RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A EQUIPOS DE SALUD DEL PNA

Obtuvimos 169 respuestas, el 72,8% de los/las encuestado/as fueron mujeres. El rango etario en su mayoría fue de 31 a 40 años (59,8%), seguido de 21 a 30 años (16,6%). Respecto al rol que ocupa en el centro de salud la mayoría fueron médicos/as generalistas (60,4%) seguido de Lic. en Psicología (7,7%) y Lic. en Trabajo social (7,7%).

En cuanto a la pregunta si se encontraba en el sistema de formación de residencias, el 73,4% respondió que no. Quienes sí se encontraban en formación fueron en su mayoría Residentes de Medicina General (83,3%).

Respecto a las categorías operacionales:

1- Nivel de creencia acerca de la afirmación “Género y sexo son la misma cosa”: El 92,9 % se manifestó en desacuerdo.

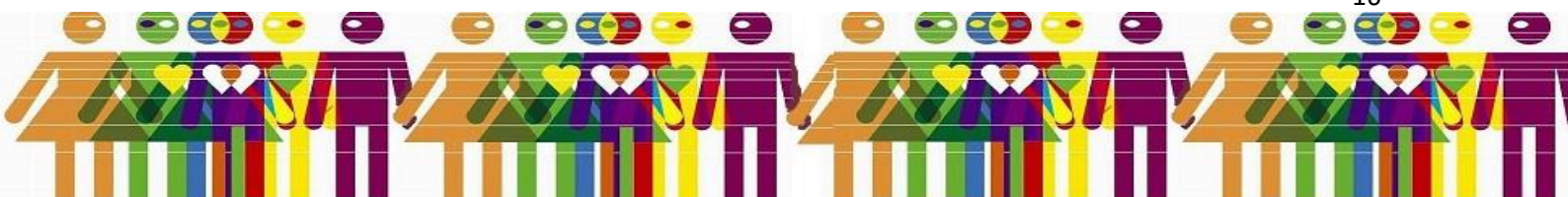
2- Definición de género: El 84,6% identificó al género como algo importante para promover la equidad.

3- Definición de feminismo: El 88,2% manifestó que es un movimiento por la igualdad de los derechos.

4- Participación de capacitaciones en la temática: El 68% dijo que participó. En su mayoría médicos/as generalistas. De las dos Lic. en Nutrición ninguna recibió capacitación como así tampoco los tres médicos clínicos. De los/las 45 residentes que contestaron la encuesta, 35 recibieron capacitación, siendo un porcentaje de alrededor del 75% para ambos géneros.

5- Grado de interés en género: El 62,7% refiere mucho interés, el 34,3% moderado interés y el 3% ningún interés. La totalidad de los/las residentes presenta interés, y mientras que en los varones se tiende a un interés moderado, en las mujeres predomina mucho interés.

6- Nivel de creencia de la afirmación “Las personas que trabajan con perspectiva de género son feministas u homosexuales”: El 89,3% refiere estar en desacuerdo mientras que parcialmente de acuerdo 7,1% y de acuerdo el 3,6%.





7- Nivel de creencia de la afirmación “El género es cosa de mujeres”: el 97,6% estuvo en desacuerdo, parcialmente de acuerdo 1,8% y de acuerdo 0,6%.

8- Nivel de creencia de la afirmación “Las mujeres tienen que cumplir con su rol de madre y ama de casa porque es su función natural”: el 97,6% estuvo en desacuerdo.

9- Nivel de creencia de la afirmación “Los varones son más fuertes, aventureros y valientes que las mujeres”: el 95,9 % dijo estar en desacuerdo (en su totalidad los/las médicos/as generalistas) y parcialmente de acuerdo 3,6%.

10- Nivel de creencia de la afirmación “Las mujeres son más sensibles, románticas y soñadoras que los varones”: el 86,4 % en desacuerdo y un 12,4% parcialmente de acuerdo.

11- Nivel de creencia de la afirmación “El cuidado de los enfermos es responsabilidad de las mujeres de la familia” 97,6% en desacuerdo, pero el 76,3% lo ve reflejado en su práctica cotidiana.



**Gráfico 1:** Distribución y frecuencia de encuestados según la afirmación “El cuidado de Los/las enfermos/as es responsabilidad de las mujeres de la familia” n: 169 Desacuerdo: 165, Parcialmente de acuerdo: 4 – HNBS, General Rodríguez. 2018





**Gráfico 2:** Distribución y frecuencia de encuestados/as según la pregunta: ¿Lo ve reflejado en su práctica cotidiana? n: 169 Si: 128, No: 40 – HNBS, General Rodríguez. 2018

12- Nivel de creencia de la afirmación “El varón debe ser sustento económico del hogar” el 91,1% en desacuerdo.

13- Nivel de creencia de la afirmación “Lo natural es que el varón sea el responsable del mantenimiento/reparaciones del hogar” 92,3% en desacuerdo.

14- Implicancia de la visión sobre perspectiva de género en el ámbito laboral. 92,3% afirma que su visión sobre perspectiva de género tiene implicancias en su trabajo, por el contrario 7,7% lo niega, dentro de éstos se encuentran cinco médicos/as generalistas.

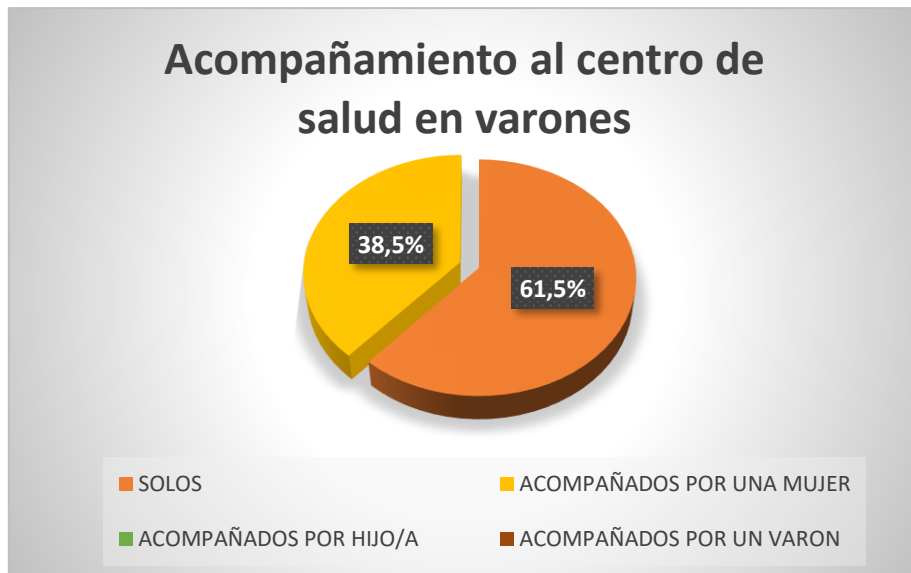
15- Forma de identificar al usuario en el momento de la consulta: 35,5% por su apellido y nombre, 33,1%, por su apellido, 30,2% por su nombre.

16- Consulta a el/la trabajador/a si le pregunta a el/la usuario/a cómo quiere ser llamado: el 52,7% indaga cómo quiere ser llamado el/la paciente.

17- Acompañamiento al centro de salud en varones: 61,5% afirma que los varones concurren solos, mientras que el 38,5% refiere que son acompañados por una mujer.

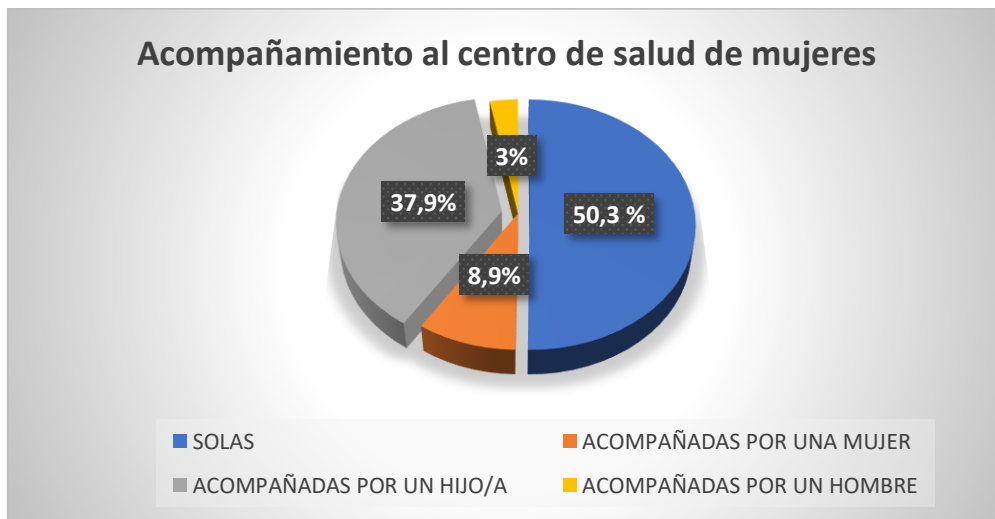


### Acompañamiento al centro de salud en varones

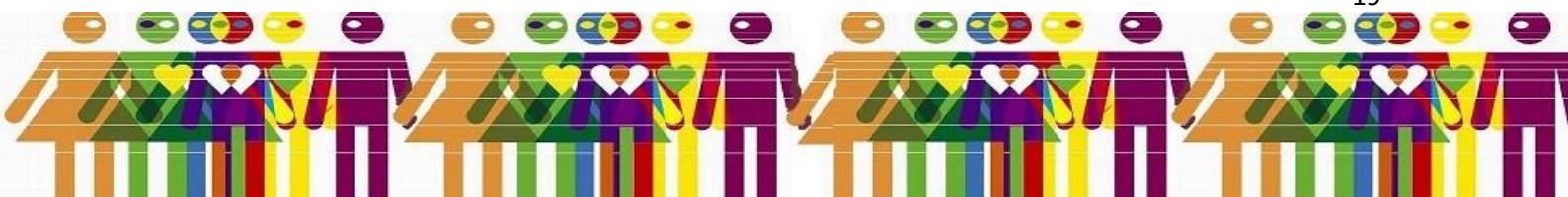


**Gráfico 3:** Distribución y frecuencia de encuestados según la pregunta “Los varones concurren a la consulta mayormente” -n: 169 Solos: 104, Acompañados por una mujer:65 - HNBS, General Rodríguez 2018.

18- Acompañamiento al centro de salud en mujeres. 50,3% manifiesta que asisten solas seguido del 37,9% que asisten con sus hijos, 8,9% acompañada por otra mujer y sólo el 3% acompañadas por un varón.



**Gráfico 4:** Distribución y frecuencia de encuestados/as según la pregunta “Las mujeres concurren a la consulta mayormente” -n: 169 Solas: 85, Acompañadas por un hijo/a: 64, Acompañadas por una mujer:15, Acompañadas por un hombre: 5 – HNBS, General Rodríguez. 2018



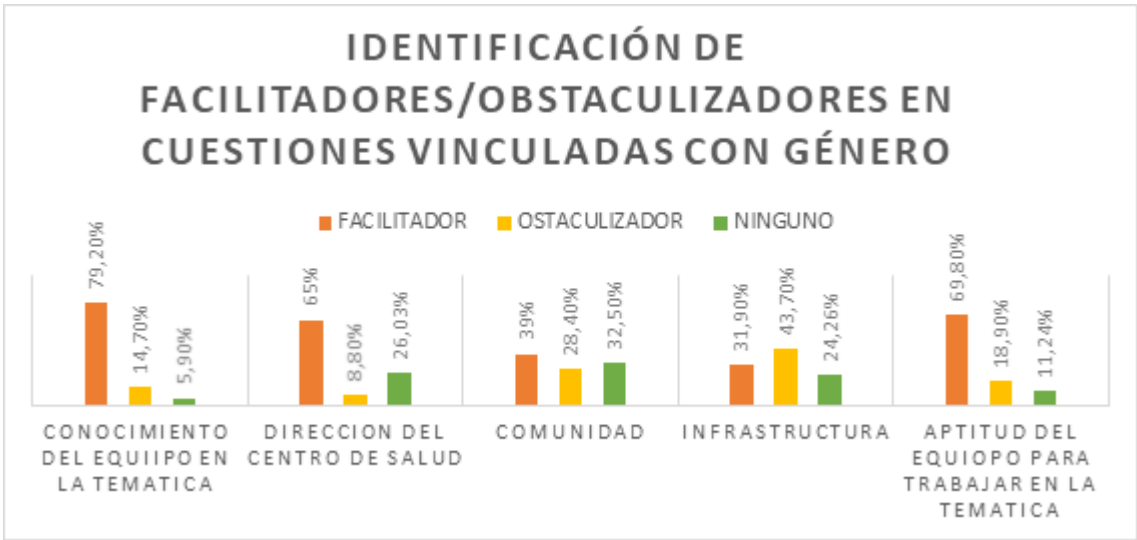
19- Relevancia de la inclusión de la perspectiva de género en la práctica cotidiana. El 85,8% dice que es muy relevante incluirla. De los/las 45 residentes, 44 consideran relevante incluir perspectiva de género en su práctica cotidiana.

20- Interés del resto del equipo en cuestiones de género. El 90% manifiesta interés en cuestiones de género dentro del equipo de salud.

21- Incorporación de las cuestiones de género en su equipo de trabajo. El 69,2% manifiesta que están incorporadas las cuestiones de género en el equipo de trabajo.

22- Incorporación de la perspectiva de género en la planificación del equipo. El 65,7% refiere que se incorpora.

23- Identificación de facilitadores/obstaculizadores en cuestiones vinculadas con género y salud en su lugar de trabajo. Como facilitadores identificaron al conocimiento, directivos y la aptitud. Siendo considerada la infraestructura un obstaculizador. Con respecto a la visión que tienen de la comunidad no se logró identificar preponderantemente en alguna variable.



**Gráfico 5:** Distribución y frecuencia de encuestados/as según “Identificación de facilitadores / obstaculizadores de cuestiones vinculadas con género” -n: 169– HNBS, General Rodríguez. 2018.



## RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA A REFERENTES EN LA TEMATICA DE GENERO

Respecto a la categoría operacional interés por cuestiones de género en ambas entrevistas coincidieron en que el mismo nace a partir de sus prácticas. Representado a través de frases como:

*"En el año 98 hice las prácticas de formación preprofesional en un centro de salud de la ciudad de Luján, donde [...] la posibilidad de intervenir estaba dada por laburar con las madres que llevaban, así textual: los chicos al control pediátrico. Y entonces a partir de eso empezó como todo el proceso de empezar a problematizar [...] como el primer, la primera situación de la realidad concreta, que yo siento que me obliga a empezar a formarme" (L).*

*"Desde la individualidad, desde el que tuvo algo que los movió, o tuvo una experiencia personal, o tuvo una situación profesional que lo expuso y le quedo picando, si le quedo picando" (S).*

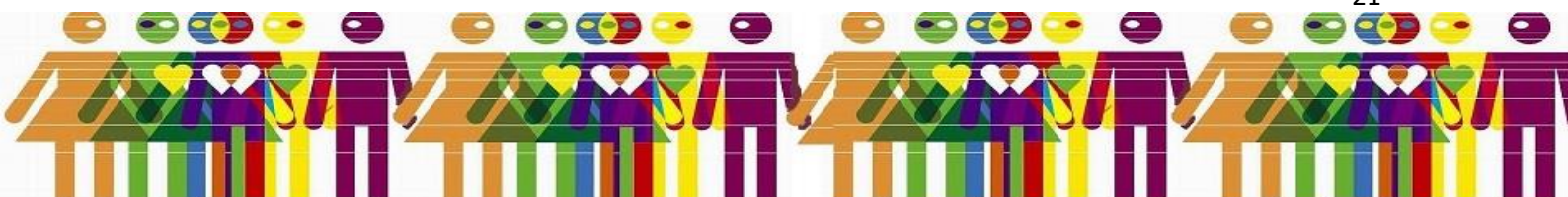
En relación con el espacio de capacitación en ambas entrevistas cuentan que han participado de los mismos a partir de un interés personal y no como una directiva o lineamiento institucional. Pudiendo visualizarlo en frases como:

*"Las instituciones tienen bastante poco visibilizadas las cuestiones de género. Digo, en esta institución como en un conjunto de instituciones, digo salud claramente no tiene una perspectiva de género involucrada. No, más por una cuestión de, por una postura teórico-política respecto de cómo se entiende la emancipación de las personas por así decirlo" (L).*

*"No fue un pedido institucional. Fue como un...por acá, un espaldarazo de por acá. Esto viene por acá" (S).*

En cuanto a la implicancia de la mirada de género en salud el y la entrevistado/a partieron de la necesidad de desnaturalizar y problematizar lo establecido, la norma. Como así también cuestionar del modelo médico hegemónico. Reflejado en frases como:

*"La perspectiva de género en el sector salud implica correrse de la heteronorma en todas las prácticas, en todas" (L). "Lo primero que hay que reconocer son los derechos humanos. Como sociedad somos muy discriminadores [...] respeto, respeto al otro. [...] más grande todavía, reconocer al otro como persona, que yo no la puedo reetiquetar" (S).*





En cuanto a las políticas públicas de salud, ambas entrevistas consideran que las mismas no son aún ejecutadas de manera concreta con perspectiva de género, si bien se tiene en cuenta una mirada parcialmente inclusiva, faltan políticas que lleven a cabo su implementación al respecto. Esto se puede visualizar en frases como:

*"No tenemos que pensar en políticas de género sino en políticas de salud, educación, justicia, de niñez, vejez, discapacidad con perspectiva de género [...] esa incorporación de la perspectiva de género va rudimentalizándose [...] La asignación universal por hijo no es una política del sector salud, ¡pero es una política que ha impactado en el sector salud mucho! [...] podemos identificar un proceso de femineización de la política pública, sino de maternización de la política pública [...] El rol que ocupa la mujer en estos circuitos de poder acceder a los recursos de las políticas sociales es un rol materno, de maternaje, aunque no sea la madre. Entonces digo, hay como componentes donde nosotros vemos que en términos discursivos se identifican algunos avances en algunas políticas públicas, pero que sigue, en el concreto, en el cotidiano de la población siguen siendo usuarias [...] el sistema está armado para que nosotros respondamos en forma individual [...] los códigos de ética, los códigos profesionales, las leyes, la ley federal de trabajo social, que es una ley re nueva, sancionada ahora entre el 2014/2015 no recupera las cuestiones de género como particularidades, habla de los derechos humanos en general [...] Entonces creo que la sensibilización social en torno a las cuestiones de género no está pudiendo plasmarse en lineamientos" (L).*

*"Los primeros, dentro del ministerio de salud que toman la diversidad sexual, es la dirección de HIV [...] nadie estimula. Nadie [...] Como política de estado no sé si le corresponde a salud ni si salud tiene la capacidad [...] si no se cumple un derecho humano se descumplen todos [...] Porque el problema no lo tiene incorporado, el sistema no lo tiene incorporado [...] la lógica del sistema acá no concuerda con la lógica cubana que nos vinieron a enseñar" (S).*

En cuanto a la capacitación del equipo de salud en perspectiva de género, las entrevistas realizadas coincidieron en que no recibieron una formación académica dentro de su institución, esto se refleja en las siguientes afirmaciones:



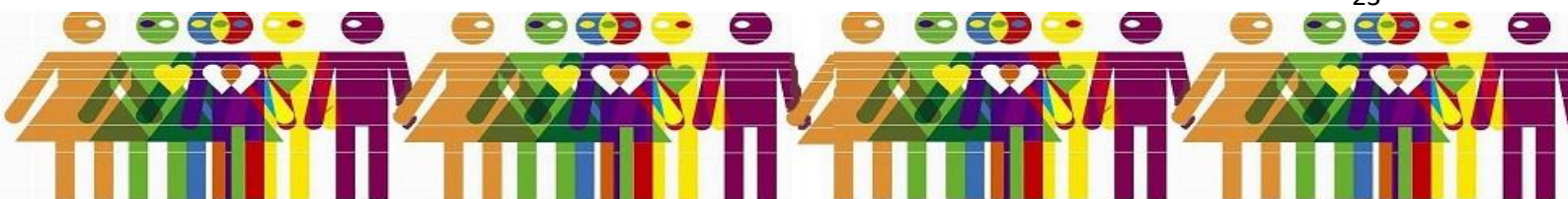
*“Ni siquiera tuvieron la capacitación, vinieron, problematizaron, y se bajan lineamientos claros en clave de gestión [...] Yo creo que se ha avanzado en estos años en procesos de sensibilización y no necesariamente tienen que ver con los lineamientos institucionales o de gestión en el sector salud, si no que tienen que ver con el movimiento social en torno a visibilizar la problemática digamos, la problemática de la violencia de género y sus múltiples expresiones [...] me parece que hay un movimiento social que genera sensibilización, que ha generado sensibilización, pero es una sensibilización que si no está encuadrada, yo insisto con esto, si no está encuadrada como en lineamientos de laburo del cotidiano profesional, queda como para la vida social general, no sé si queda para el laburo concreto adentro del centro de salud [...] Eso como en términos generales, me parece que no hay lineamientos en clave de género [...] así lo afirmo, no hay” (L).*

*“No tengo formalmente, digo capacitación formal en género [...] sí jornadas, si hubo una que se hizo en la maternidad de Carlotto. ¿sí? sí, la hice [...] por eso te digo, pero si lo venís trabajando desde que, cuatro años en tu residencia todos los días, 5 días a la semana ¿ta? se supondría que ya lo deberías manejar mucho más cómodo” (S).*

Respecto de la categoría sobre conocimientos a adquirir en género y salud ambas entrevistas coinciden en que es fundamental poder reconocer al otro como individualidad para poder intervenir, pero por sobre todo tener la capacidad de escuchar, no hacer juicio de valor. Esto se puede ver reflejado en las siguientes afirmaciones:

*“Pensar en salud con perspectiva de género es [...] reconocer que hay otro conjunto de adultos cuidadores que no son mujeres [...] nos preguntamos esto de cómo generar alguna intervención comunitaria para trabajar estas cuestiones, sin ir a lo individual de cada uno, sin ser nosotros violentos con respecto a esto, pero para poder empezar a generar esto” (L).*

*“Tenes que preguntar, dejas de suponer lo que tenés enfrente, por un lado y otro tema, generar la suficiente confianza como para... digo, qué es lo otro, y eso es mucho más difícil [...] básicamente, tener la capacidad de preguntar, y no asustarse con lo que escuchan. ahora, no hacer un juicio de valor sobre lo que les están diciendo [...] no solo de género, por eso te digo, es más amplio que género. digo, va incluido el género, va incluido en*



*ese conocer a la otra persona como una individualidad. por eso te digo es más grande todavía, reconocer al otro como persona, que yo no la puedo reetiquetar” (S).*

En lo relativo a facilitadores/obstaculizadores a capacitaciones encontramos como obstáculo escasa generación de capacitaciones en la temática.

En referencia a la categoría facilitadores/obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género en el equipo en ambas entrevistas se remarca la importancia de la heteronormatividad y el privilegio de la masculinidad como obstaculizadores que se demuestran en las siguientes frases:

*“pero es una subjetividad anclada en una sociabilidad que es machista, que es autocrísta, tiene heteronormativa [...] por más que tengamos un discurso que reconozca la perspectiva de género no la avanza en su sentido general. Es como decir: ¿vamos a seguir atendiendo siempre a las mujeres víctimas de violencia de género? ¿Cuándo vamos a empezar a laburar con los varones violentos?” (L).*

*“perder el privilegio de la masculinidad, perder lo heteronormativo, perder la hegemonía médica” (S).*

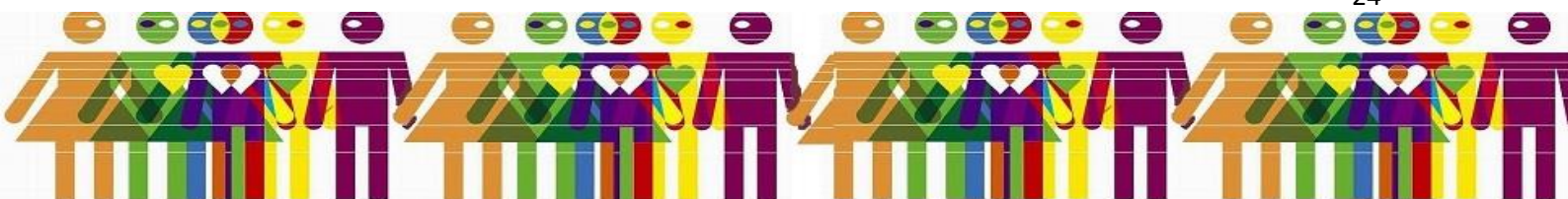
En cuanto a facilitadores y obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género con otras instituciones y/o servicios las entrevistadas destaca que:

*“los marcos jurídicos [...] son encuadres de laburo, que nunca marcan un techo [...] que los lineamientos pasaron a ser: un proceso de capacitación a los efectores de salud [...] los recortes presupuestarios, de recursos humanos, etc [...] también es un recorte respecto de los lineamientos ideológicos más de entender la salud en clave colectiva [...] estamos frente a una perspectiva patriarcalizada de la atención de la salud en el rubro que sea [...] responsabilización del cuidado es hacia las mujeres” (L).*

*“las capacitaciones son en horario de trabajo [...] a quién van a dejar que no atiendan para hacer una capacitación” (S).*

Con respecto a la categoría prácticas en los equipos que reprodujeran estereotipos de género ambos entrevistados coinciden que han observado estas acciones:

*“control de vacunación, del control de salud anual [...] la mujer es la que lleva, es la que hace el recorrido con esos pibes [...] son las mujeres las responsables de la*



*reproducción biológica y social de los pibes y de la casa [...] hay que modificar los lineamientos para que se modifiquen las prácticas en el marco de atención de la salud” (L).*

*“no hay nada más llamativo que ver al papá que trae el nene al control [...] porque hay un papá y no una mujer [...] si cualquier varón que te trae un nene para vos es un abusador [...] estás reproduciendo vos [...] el problema del embarazo son las mujeres” (S).*

Con respecto a la categoría estrategias de sensibilización, la entrevistada fue la única que hizo referencia a la misma proponiendo una sensibilización analítica, que se cristalice en protocolos de intervención con perspectiva de género, mencionando:

*“la salud mental con perspectiva de género a partir de casos [...] el entorno social en torno a visibilizar la problemática [...] encuadrada como en lineamientos de laburo cotidiano profesional [...] un movimiento en la reflexión que permita identificar en la practica -yo estoy siendo machista en mis intervenciones” (L).*

En referencia a la categoría Opinión sobre la afirmación “La perspectiva de género es solo aplicable a la salud de las mujeres” ambas entrevistas coinciden en que es importante la incorporación del varón en la problemática de género, sin embargo, es aún lejano, pues ni siquiera se ha llegado a incorporar a la mujer en dicha temática. Todo esto se expresa en las siguientes citas:

*“no, perspectiva de género no sólo incluye como tratamos a las mujeres en el sistema de salud si no cómo desconocemos la existencia de varones que no están llegando [...] ojalá estuviéramos por discutir eso, no estamos ni discutiendo eso, estamos más atrás todavía” (L).*

*“Cuando se trabaja masculinidad parece que se estuviera trabajando solamente diversidad sexual. ¿Sí? Los bi... homo... ¿Con el varón hetero cómo hace para que no tenga que salir a transformarse en el macho argentino?” (S).*

Por último, con respecto a la categoría, opinión sobre la afirmación “Los equipos de salud mayoritariamente reproducen en su práctica la desigualdad entre géneros”, las entrevistas concuerdan con lo antedicho aclarando que no es inherente a los equipos de salud dicha práctica, sino una consecuencia de un lineamiento institucional, complejizando el problema. Se mencionan como frases características:





*“Insisto que mayoritariamente los equipos de salud las reproduzcan, no es un problema de quienes individualmente conforman los equipos de salud” (L).*

*“Hasta dónde somos tan libres para elegir y hasta dónde somos consecuencia de un sistema... vuelvo a lo mismo... el no juzgar al otro... lo básico que necesitas [...] los equipos de salud mayoritariamente reproducen en su práctica la desigualdad de género. Sí. Absolutamente” (S).*

En el Anexo 5 se encuentran las unidades de significación correspondientes a las entrevistas a los referentes de género.

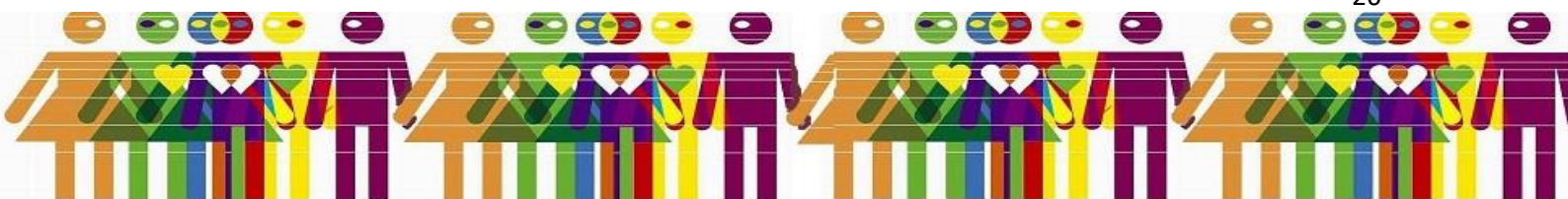
### **LIMITACIONES**

- Sesgo del entrevistador: el título de la encuesta (Genero y salud) podría haber influenciado el interés/voluntad de respuesta, en la participación del estudio, tanto en forma inclusiva como exclusiva, consideramos que podría prevalecer esta última.
- Sesgo de respuesta: consideramos que los encuestados, consciente o inconscientemente, podrían haber dado una respuesta que piensan que el investigador quiere oír. También, los/las entrevistados/as pueden creer que entienden el experimento y que conoce los resultados esperados, por eso adapta sus respuestas.
- Sesgo muestral: en el proceso de difusión de encuestas, la muestra quedo limitada a redes en las que participan los miembros del equipo investigador, y a voluntad de los/las participantes a compartirla con sus contactos.

### **DISCUSIÓN**

A partir de los datos cuantitativos obtenidos de las encuestas, tanto en cuanto a definiciones de género y feminismo, como así también las frases que representan los estereotipos patriarcales, sumado a que alrededor de dos tercios de los/las encuestados/as poseen capacitaciones en género, podemos afirmar que la mayoría de estos cuentan, en general, con un conocimiento básico con respecto a la temática.

Por otro lado, dado que casi la totalidad de los/las encuestados/as declararon tener interés en cuestiones de género y también consideraron que la ausencia o presencia de éste tiene implicancias en salud, podríamos inferir que tienen una actitud positiva sobre





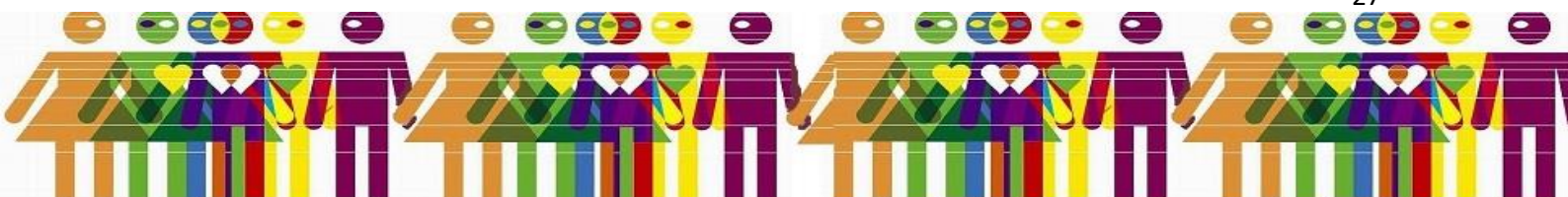
género y, por lo tanto, una posibilidad para el cambio de prácticas, si aún no las hubiesen implementado. Si a esto le sumamos los datos aportados por las entrevistas, consideramos esta situación un terreno propicio para realizar nuevas capacitaciones.

Es lícito también suponer que a partir de la combinación de los resultados encontrados acerca de conocimiento y actitud de los encuestados, estos se alejen de lo que denominamos modelo género hegemónico.

Sin embargo, surgieron en las encuestas, datos que demuestran la necesidad de seguir construyendo conocimiento en género. Un ejemplo de esto, son los datos derivados sobre cómo llamar a los/as usuarios/as y si preguntan su preferencia a la hora de ser nombrados/as. Aquí encontramos que la mayoría no presentó en dicha práctica, una perspectiva de género, más específicamente en diversidad sexual, debido a que no consultan la manera en que quieren ser llamados/as los/as usuarios/as como así tampoco llaman a los/as usuarios/as de una manera “neutral” -con el apellido- para que luego sean ellos/as quienes mencionen cómo desean ser llamados/s. Por otro lado, reforzando esta necesidad, encontramos que casi la totalidad de los/las encuestados/as demostraron interés en la temática y que casi un tercio refieren no haber recibido capacitación (32%).

Destacamos que ambos especialistas referentes en género insisten en la falta de oferta institucional de capacitación en la temática, y en los casos en que se realizan, suelen dictarse en horario laboral, y que la priorización de la atención de los/las usuarios/as por parte de los/las directivos/as obstaculiza el acceso de los trabajadores a las mismas. Y que la reproducción de las desigualdades de género por parte de los/las trabajadores/as de la salud es consecuencia de la falta de lineamientos institucionales que incluyan una perspectiva de género, no solamente de las elecciones personales de los/las mismos/as.

Con respecto a la visión que poseen los/las encuestados/as en cuanto a la comunidad en la que trabajan, puntualmente sobre el acompañamiento de los usuarios al momento de concurrir al centro de salud, encontramos coincidencia con el marco teórico y con las entrevistas realizadas. Pues, tanto las mujeres como los varones presentan un patrón de consulta que responde al modelo patriarcal, en donde los varones consultan mayormente acompañados por una mujer. En cambio, las mujeres no solo habitualmente concurren solas,



sino que en muchos casos hasta son quienes se encuentran al cuidado de un/a menor al momento de la consulta, pese a presentar alguna dolencia. Ambas situaciones reafirman el rol asignado socialmente de cuidadora familiar, coincidiendo también con el marco teórico.

Siguiendo con estas ideas, a partir de los datos aportados por los entrevistados, consideramos relevante retomar el concepto de heteronormatividad y problematizarlo. Puesto que, no reconocer la existencia de esta visión hegemónica implicaría no tener en cuenta la diversidad sexual y la perspectiva de género. A partir de la visión de la entrevistada, creemos necesario impulsar una sensibilización reflexiva de las prácticas con el objetivo de concretar cambios hacia la equidad. Así también resaltamos que una perspectiva de género crítica incluiría a los varones en su mirada.

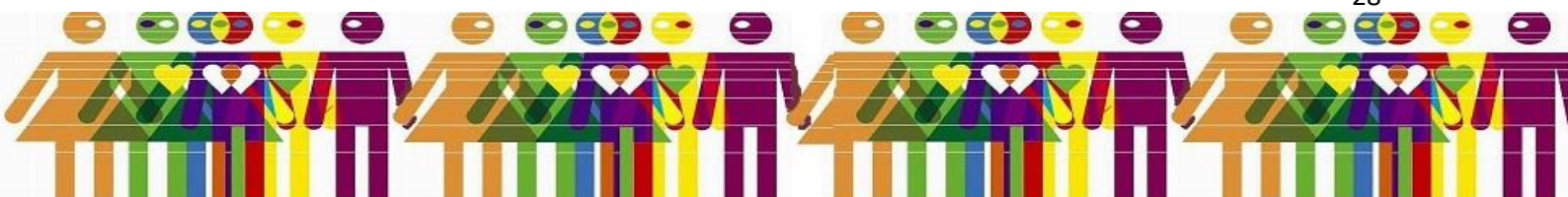
## CONCLUSIONES

En relación con **los conocimientos que tienen los/las trabajadores/as del PNA, en Argentina, sobre perspectiva de género** es posible concluir que cuentan, en general, con un conocimiento básico con respecto a la temática, mediante procesos de sensibilización que no necesariamente responden a lineamientos institucionales o de gestión en el sector salud, si no que tienen que ver con el movimiento social feminista en torno a visibilizar la problemática y poner en agenda varias de sus reivindicaciones.

Observamos que sigue siendo necesario avanzar en este sentido, ampliar la apuesta mediante el diseño de políticas públicas de salud con perspectiva de género, desde la gestión pública, por lo menos la local, a través de lineamientos institucionales claros, con los recursos necesarios que permitan encuadrarlos e implementarlos en la práctica concreta.

Con respecto al objetivo sobre **la actitud que tienen los/las trabajadores/as del PNA en Argentina, frente a la posibilidad de incorporar la perspectiva de género en sus prácticas cotidianas**, pudimos evidenciar aquí una discrepancia con respecto al conocimiento. Dado que, si bien la gran mayoría afirmó poseer al menos un conocimiento básico en la temática, no sucedió lo mismo en cuanto a las actitudes positivas, disminuyendo en 20% aproximadamente de los encuestados.

Esto evidencia que, para incluir verdaderamente una mirada de género en salud, no es suficiente sólo con capacitarse, sino que es imprescindible generar un interés



permanente en suscitar/desarrollar espacios para desnaturalizar y problematizar las prácticas.

Finalmente, acerca de **si la concepción de género que tienen los/las trabajadores/as del PNA en Argentina condiciona su práctica cotidiana**, nos parece importante retomar las palabras de Tajer et al. (2012) cuando expresa que uno de los obstáculos más importantes a la hora de construir equidad de género en el ámbito de la salud, es la disociación que tienen los equipos de salud entre teoría y práctica. Puesto que, teniendo en cuenta el marco de referencia y lo manifestado por los entrevistados, los equipos de salud mayoritariamente aún reproducen en sus prácticas la desigualdad de género, a pesar de referir otra conducta en sus discursos.

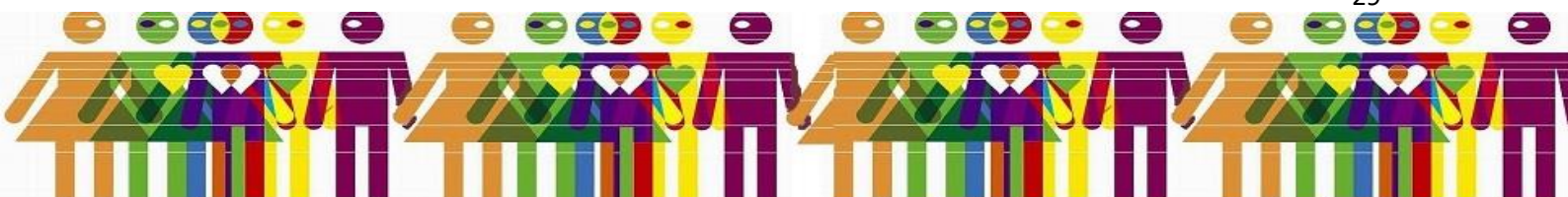
Del mismo modo que, por lo general no se tiene en cuenta en nuestras prácticas cotidianas las asimetrías, injusticias, relaciones de poder y roles entre géneros.

Vinculado a lo anterior, al analizar las prácticas de los/las Trabajadores/ras del PNA, pudimos observar que sucede algo similar con respecto a las actitudes, es decir, disminuye el porcentaje en relación al conocimiento.

En este sentido, consideramos que es la práctica la que posibilita el conocimiento. Es una relación dialéctica entre teoría y praxis, es decir, que es la problematización de la práctica lo que permite construir nuevos conocimientos, que a su vez posibilitarán modificar las prácticas.

Por esta razón, consideramos fundamental realizar un proceso de deconstrucción y construcción de lo establecido, de las normas. Asimismo, también incorporar al colectivo de varones para lograr una construcción de salud como derecho, con perspectiva de género. Tanto para pensar en sus problemas específicos, como así también, para desnaturalizar su posición como actores sociales invisibles e intocables.

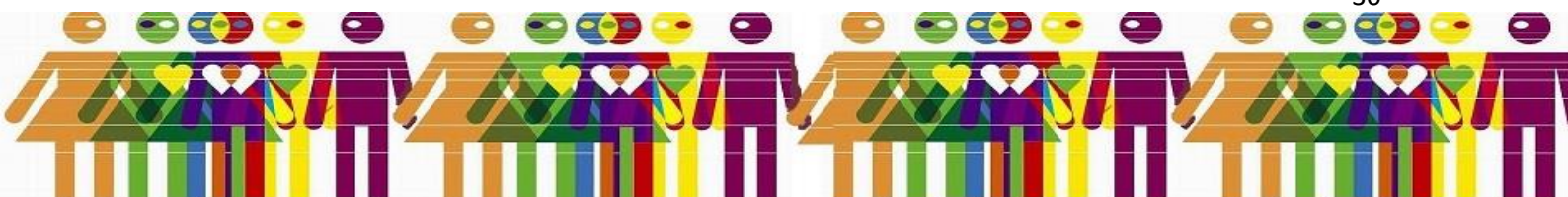
En suma, al contrastar estas cuestiones con las entrevistas tomadas pudimos corroborar también esta discrepancia. Ya que, ambos entrevistados pudieron efectuar un breve diagnóstico de los conocimientos, actitudes y prácticas de los/las trabajadores/as y manifestaron que, si bien hubo avances con respecto a esto, aún no se puede afirmar que se haya incluido una perspectiva de género en salud. Según los mismos, ni siquiera los



conocimientos son suficientes, revalorizando los espacios de capacitación permanente como principal estrategia de cambio.

## PROPUESTAS

- Planificar encuentros de sensibilización sobre cuestiones de género y salud, destinado a los/las trabajadores/as del PNA que nunca hayan recibido capacitación en la temática. Permitiendo reorientar las prácticas a partir de la reflexión analítica.
- Generar a nivel institucional espacios de formación específica que permitan a los/as trabajadores/as del PNA incorporar el enfoque de género en sus prácticas cotidianas.
- Establecer lineamientos institucionales que permitan a los/las trabajadores/as del PNA unificar criterios básicos y discutir estrategias que favorezcan la equidad en el acceso a los servicios de salud.
- Generar contenidos académicos y de capacitación dirigidos al desarrollo de habilidades para utilizar el género como herramienta para el análisis de la situación de salud.
- Utilizar los datos cuantitativos provenientes de la sistematización de información para tomar decisiones en torno a la planificación de actividades en el PNA.
- Supervisar las prácticas cotidianas de los/las trabajadores/as del PNA, para garantizar el reconocimiento de los derechos de los/las usuarios/as de los servicios de salud.
- Identificar las diferentes culturas y prácticas de la población con la que intervienen los/las trabajadores/as del PNA, con el fin de planificar acciones tendientes a generar mayores niveles de acceso a la salud a partir de ello.
- Proponer la reformulación de los instrumentos de registros de los/las trabajadores/as del PNA, con el fin de garantizar que los mismos incluyan la perspectiva de género.
- Privilegiar el territorio como objeto de intervención de los/las trabajadores/as del PNA. Lo que permitirá tener en cuenta las complejidades y especificidades al momento de planificar las acciones.

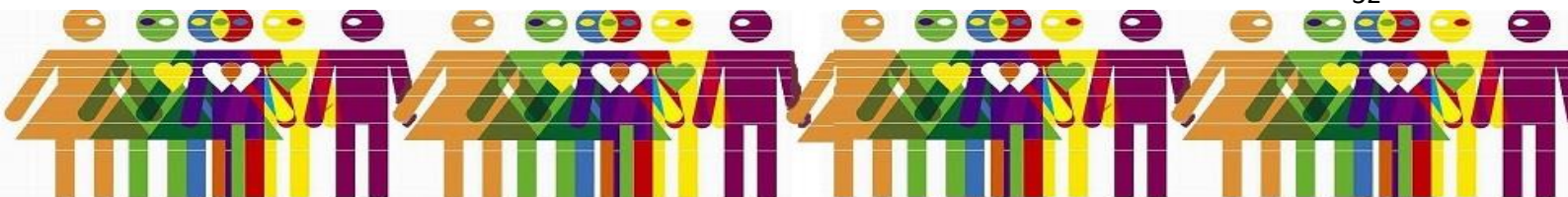




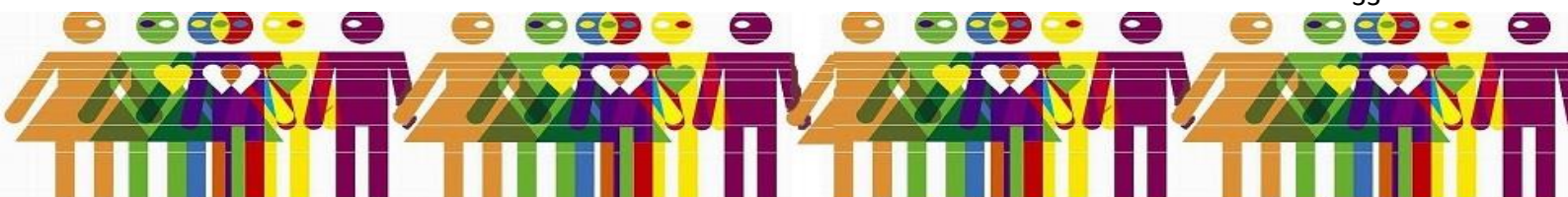


## Bibliografía

- Andora et al. (2012). *Cuadernillo de diversidad sexual: "De la ley a la practica. Conceptos desde un paradigma igualitario"*. . Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la nación.
- Anónimo. (2018). *Actaf*. Obtenido de Actaf: [http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=352&cf\\_id=24s](http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=352&cf_id=24s).
- Artiles Visbal, L. (2002). *Importancia de la consciencia de género para las políticas públicas en salud y los derechos ciudadanos*.
- Bonino Mendez, L. (2002). *Los varones ante el problema de igualdad con las mujeres*. Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2014). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires.: Siglo veintiuno editores.
- Briñón García, M. (2007). *Muevete por la Igualdad*. Obtenido de Muevete por la Igualdad: [http://www.mueveteporlaigualdad.org/docs/una\\_vision\\_de\\_genero\\_esp.pdf](http://www.mueveteporlaigualdad.org/docs/una_vision_de_genero_esp.pdf)
- Cabral, M. (2013). Los géneros de la noticia . *Diario Página/12. Suplemento Las/12* .
- Corte Suprema de Justicia. (2017).
- Decreto de Necesidad y Urgencia N°1006/2012 de Reconocimiento Legal de Hijos e Hijas de Familias Comaternalas. (2012). *Identidad y Diversidad*. Obtenido de Identidad y Diversidad: <https://identidadydiversidad.adc.org.ar/normativa/decreto-presidencial-nacional-no-10062012-2012/>
- Ferrara, F. (1985). *Teoria Social y Salud. Buenos Aires: Catalogos*. . Buenos Aires: Catalogos.
- Fuentes et al. (2017). *La masculinidad hegemónica y su resonancia en la salud de nuestros varones: un acercamiento a las construcciones sociales como modelos del deber ser del varón desde una perspectiva de género*. Buenos Aires.
- García Delgado, D. (2016). *El rol del estado y de la gestión pública. El cambio de ciclo. (Clase 1. Diplomatura Superior en Gestión y Control de Políticas Públicas – Cohorte XXIII)*. Buenos Aires: FLACSO.
- Garzón Segura, A. (2015). Al Sur de Todo. . *Revista multidisciplinaria de estudios de género*, 1564.
- Instituto Provincial de la Administracion Publica. (2018). Conceptuaizaciones en relaciones de género. En *Niñez, adolescencia y género - La transversalización de la perspectiva de género en el trabajo con niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires.
- Ley 23798 de SIDA. (1991). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm>
- Ley 24455 de Prestaciones Obligatorias. (1994). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/14919/norma.htm>

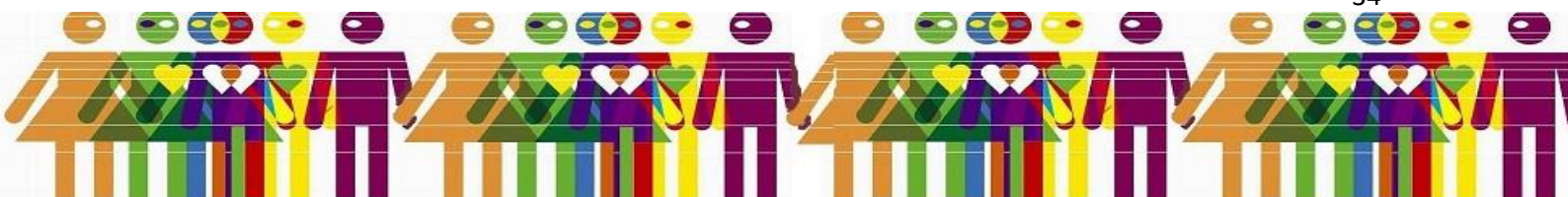


- Ley 24754 de Medicina Prepaga. (1996). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41166/norma.htm>
- Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2002). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>
- Ley 26150 de Educación Sexual Integral. (2006). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
- Ley 26485 de Protección Integral para prevenir, s. y. (2006). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley 26529. (2009). *Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*.
- Ley 26618 de Matrimonio Igualitario. (2010). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/266505/norma.htm>
- Ley 26862 de Reproducción Médicamente Asistida. (2013). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>
- Ley 26994 Código Civil y Comercial Unificado. (2014). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
- Ley de Identidad de Género. (2012). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual. (2009). *Infoleg*. Obtenido de Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/155000-159999/158649/norma.htm>
- Maffia, D. (2003). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. . Buenos Aires. : Editorial feminaria.
- Naciones Unidas. (1995). IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing.
- OMS. (1948). *World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington, D.C.
- Oszlak y O'Donnell. (1982). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo, N°1*. Caracas.
- Salud, O. P. (2010). *Curso Virtual Género y Salud. Guía del módulo 4: Diseño de políticas y programas desde los enfoques de género, diversidad y derechos humanos*.
- Souza Minayo, C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*.
- Tajer et al. (2012). *Género y Salud: Las políticas en acción. Compilado*. Buenos Aires: Lugar Editorial.



Vignolo J. Vacarezza M. Álvarez C. & Sosa A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna*. Obtenido de Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna.: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&Ing=es&ting=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&Ing=es&ting=es).

Weber, M. (1980). *Conceptos sociológicos fundamentales*. Economía y sociedad.



## ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta sobre conocimiento en género y salud dirigida a los/las trabajadores/as de salud de PNA

#### ACERCA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Con el objetivo de indagar acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las/ los miembros de equipos de salud (que trabajan como mínimo hace un año en el primer nivel de atención) sobre cuestiones vinculadas a género, confeccionamos la siguiente encuesta, la cual es totalmente anónima.

Su participación es totalmente voluntaria, pudiendo aceptar o rechazar el presente documento. El uso de datos para fines científicos no le significara ningún tipo de retribución económica. Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente y podrán ser presentados en reuniones y publicaciones científicas respetando el anonimato de los participantes. Si tiene alguna consulta, puede contactarse al siguiente mail: [areasommer@gmail.com](mailto:areasommer@gmail.com) .

Muchas gracias.

#### Acepto los términos del consentimiento informado:

- SI
- NO

#### GÉNERO:

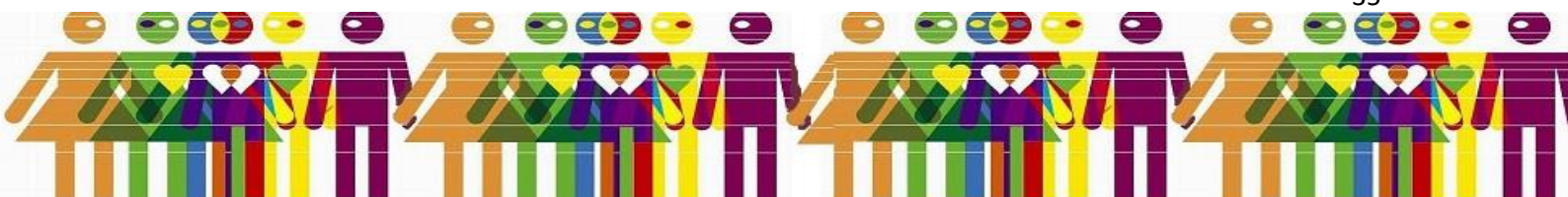
- MUJER
- VARON
- OTRO

#### RANGO DE EDAD:

- <20 AÑOS
- 21-30 AÑOS
- 31-40 AÑOS
- 41-50 AÑOS
- 51-60 AÑOS
- >61 AÑOS

#### ¿CUÁL ES SU ROL EN EL CENTRO DE SALUD AL QUE ASISTE?

- ADMINISTRATIVO/A
- ENFERMERO/A
- MEDICO/A CLINICO/A
- MEDICO/A GENERALISTA
- MEDICO/A GINECÓLOGO/A
- LIC. EN OBSTETRICIA
- PROMOTOR/A DE SALUD
- TRABAJADOR/A SOCIAL
- ODONTOLOGO/A
- LIC EN PSICOLOGIA
- LIC EN NUTRICION



- MEDICO/A
- OTRO:

EN CASO DE CONTESTAR LA OPCIÓN "OTRO" ESPECIFIQUE:

\_\_\_\_\_

¿SE ENCUENTRA USTED EN FORMACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS? \*

- NO
- SI

EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE DISCIPLINA:

\_\_\_\_\_

ACERCA DE SUS CONOCIMIENTOS EN GÉNERO Y SALUD

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: "GÉNERO Y SEXO SON LA MISMA COSA"?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

GÉNERO ES:

- UNA IMPOSICION Y/O UNA MODA
- ALGO QUE NO ENTIENDO BIEN
- UNA CLASIFICACIÓN GRAMATICAL DE LAS PALABRAS
- ALGO IMPORTANTE PARA PROMOVER LA EQUIDAD
- NO SABE / NO CONTESTA

FEMINISMO ES:

- ELEGANCIA Y DEDICACION
- ALGO QUE ESTA DE MODA
- MOVIMIENTO POR LA CONQUISTA DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES POR SOBRE LOS DERECHOS DE LOS VARONES
- MOVIMIENTO POR LA IGUALDAD DE DERECHOS ENTRE VARONES Y MUJERES
- NO SABE / NO CONTESTA
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

¿RECIBIÓ USTED CAPACITACIONES (TALLERES, ENCUENTROS, CURSOS, JORNADAS, OTROS) RELACIONADAS A LA TEMÁTICA?

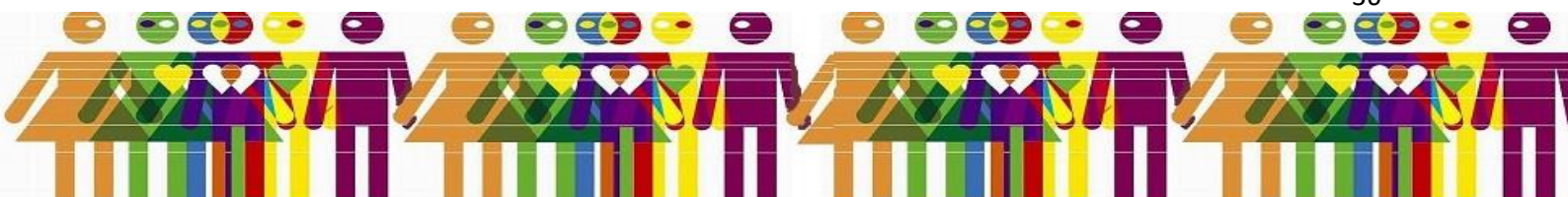
- SI
- NO

ACERCA DE SUS ACTITUDES RESPECTO A GÉNERO Y SALUD

¿CUÁL ES SU INTERÉS POR LAS CUESTIONES DE GENERO?

- MUCHO INTERÉS
- MODERADO INTERÉS
- NINGÚN INTERÉS

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: "LAS PERSONAS QUE TRABAJAN CON





PERSPECTIVA DE GÉNERO SON FEMINISTAS U HOMOSEXUALES”?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: "EL GÉNERO ES COSA DE MUJERES"?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: “LAS MUJERES TIENEN QUE CUMPLIR CON SU ROL DE MADRE Y AMA DE CASA PORQUE ES SU FUNCIÓN NATURAL”?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: “LOS VARONES SON MÁS FUERTES, AVENTUREROS, VALIENTES QUE LAS MUJERES”?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: “LAS MUJERES SON MÁS SENSIBLES, ROMÁNTICAS Y SOÑADORAS QUE LOS VARONES”?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: “EL CUIDADO DE LOS/LAS ENFERMOS/AS ES RESPONSABILIDAD DE LAS MUJERES DE LA FAMILIA”?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

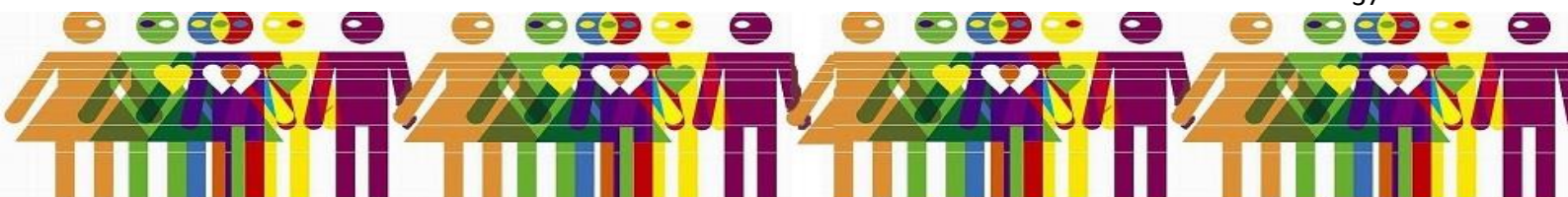
CON RESPECTO A LA AFIRMACIÓN DE LA PREGUNTA ANTERIOR: ¿LO VE REFLEJADO EN LA POBLACIÓN CON LA QUE TRABAJA?

- SI
- NO

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: “EL VARÓN DEBE SER SUSTENTO ECONÓMICO DEL HOGAR”?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

¿QUÉ PIENSA DE LA AFIRMACIÓN: “LO NATURAL ES QUE EL VARÓN SEA EL



RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO/REPARACIONES DEL HOGAR”?

- DE ACUERDO
- PARCIALMENTE DE ACUERDO
- EN DESACUERDO

ACERCA DE SUS PRÁCTICAS RELACIONADAS CON GÉNERO Y SALUD

¿CONSIDERA QUE SU VISIÓN SOBRE PERSPECTIVA DE GÉNERO TIENE IMPLICANCIAS EN EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA?

- SI
- NO

AL MOMENTO DE LLAMAR A EL/LA PACIENTE PARA SU ATENCIÓN ¿CÓMO LO/LA IDENTIFICA?

- POR SU NOMBRE
- POR SU APELLIDO
- POR SU APELLIDO Y NOMBRE
- POR NÚMERO O CÓDIGO

EN EL MOMENTO INICIAL DE LA ATENCIÓN A EL/LA PACIENTE ¿LE PREGUNTA CÓMO QUIERE SER LLAMADO/A?

- SI
- NO

LOS VARONES CONCURREN A LA CONSULTA MAYORMENTE:

- ACOMPAÑADOS POR UN VARON
- ACOMPAÑADOS POR UNA MUJER
- ACOMPAÑADOS POR SUS HIJOS/AS
- SOLOS

LAS MUJERES CONCURREN A LA CONSULTA MAYORMENTE:

- ACOMPAÑADAS POR UN VARON
- ACOMPAÑADAS POR UNA MUJER
- ACOMPAÑADAS POR SUS HIJOS/AS
- SOLAS

¿CONSIDERA RELEVANTE INCLUIR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SU PRÁCTICA COTIDIANA?

- MUY RELEVANTE
- POCO RELEVANTE
- NADA RELEVANTE

ACERCA DEL ROL DEL EQUIPO DE SALUD EN CUESTIONES DE GÉNERO

¿QUÉ GRADO DE INTERÉS TIENE EN GENERAL EL RESTO DEL EQUIPO EN CUESTIONES DE GÉNERO?

- MUCHO INTERÉS



- MODERADO INTERÉS
- NINGÚN INTERÉS

EN SU EQUIPO DE TRABAJO: ¿ESTÁN INCORPORADAS LAS CUESTIONES DE GÉNERO?

- SI
- NO

¿SE INCORPORA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PLANIFICACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD DEL QUE FORMA PARTE?

- SI
- NO

IDENTIFIQUE LOS SIGUIENTES ITEMS, COMO FACILITADORES U OBSTACULIZADORES EN CUESTIONES VINCULADAS CON GÉNERO Y SALUD EN SU LUGAR DE TRABAJO:

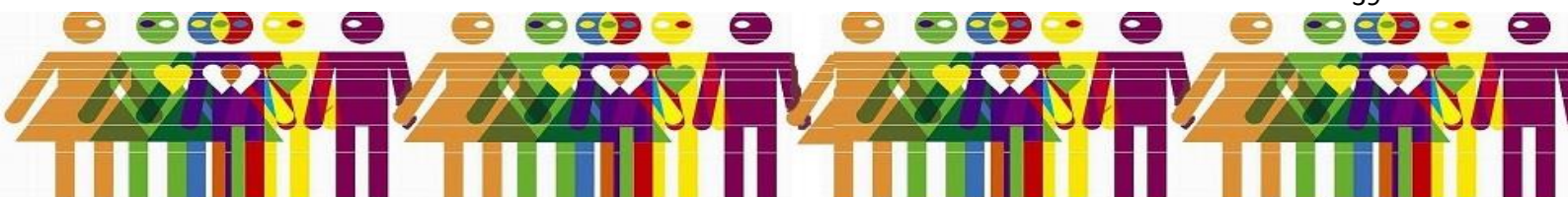
	FACILITADOR	OBSTACULIZADOR	NINGUNO
CONOCIMIENTO TEMATICA DEL EQUIPO DE SALUD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMUNIDAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INFRAESTRUCTURA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APTITUD DEL EQUIPO DE SALUD PARA TRABAJAR LA TEMATICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### **Anexo 2: Entrevista a él y la referentes en salud con participación activa en perspectiva de género.**

#### Entrevista:

- Apellido y Nombre:
- Profesión/Dedicación:
- Lugar/res de Trabajo:

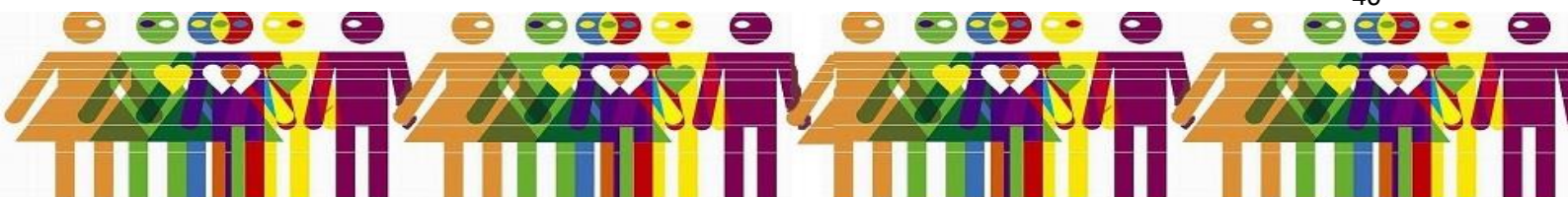
1. ¿Hace cuánto tiempo comenzó a interesarse por cuestiones de género?
2. ¿En qué espacios se ha capacitado en relación a la temática de género? ¿Por motivación personal y/o institucional?
3. ¿Qué implica para usted incluir una mirada de género en salud?



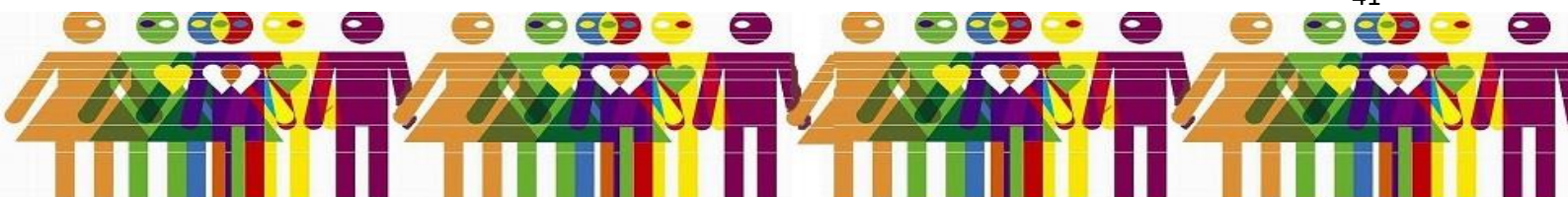
4. ¿Considera que las políticas públicas en salud tienen perspectiva de género tanto en su formulación como en su ejecución a nivel local, provincial y nacional?
5. ¿Considera que los equipos de salud están capacitados en perspectiva de género?
6. ¿Cuáles son los conocimientos que le parece importante adquirir con respecto a género y salud?
7. ¿Qué factores facilitadores y obstaculizadores observas con respecto al acceso a capacitaciones?
8. ¿Qué factores facilitadores y obstaculizadores visualiza a la hora de incluir la perspectiva de género en su trabajo con su equipo? ¿Y con otras instituciones y/o servicios?
9. ¿Ha observado en sus compañeros de equipo prácticas que reproduzcan estereotipos de género? De ser posible ejemplifique.
10. ¿Qué estrategias propone para sensibilizar a los equipos de salud en torno a la temática?
11. ¿Qué piensa de la siguiente afirmación: “La perspectiva de género es solo aplicable a la salud de las mujeres”? Fundamente su respuesta.
12. ¿Qué piensa de la siguiente afirmación: “Los equipos de salud mayoritariamente reproducen en su práctica la desigualdad entre géneros”? Fundamente su respuesta.

**Anexo 3: Operacionalización de variables. Instrumento: Encuesta sobre conocimiento en género y salud dirigida a trabajadores /as del PNA.**

<b>Categorías analíticas:</b>	<b>Rango etario</b>	<20 AÑOS 21-30 AÑOS 31-40 AÑOS 41-50 AÑOS 51-60 AÑOS > 61 AÑOS	Cuantitativa discreta
	<b>Género</b>	F M	Cuantitativa
	<b>Profesión</b>	-MÉDICA/O -ADMINISTRATIVA/O -ENFERMERO/A -MÉDICO/A CLINICO/A -MÉDICO/A GINECOLOGO/A. -PROMOTOR DE SALUD -TRABAJADOR SOCIAL -ODONTOLOGO -LIC EN NUTRICION -LIC EN PSICOLOGIA	Cuantitativa

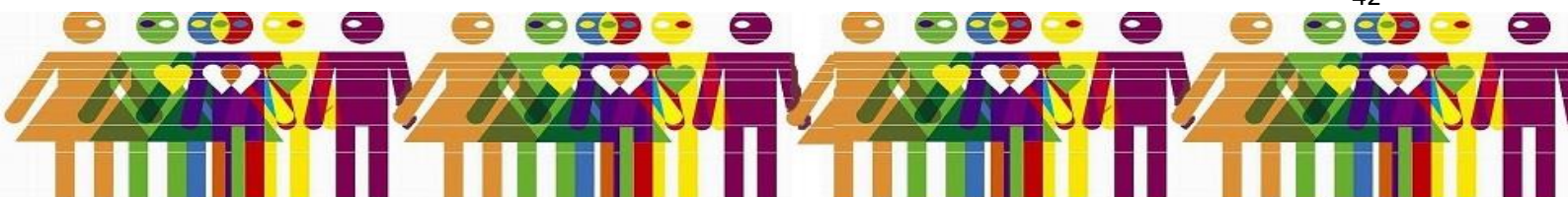


		-LIC EN OBSTETRICIA	
<b>Categorías operacionales:</b>	<b>Nivel de creencia acerca de la afirmación "Genero y sexo son la misma cosa"</b>	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
	<b>Definición de género.</b>	-IMPOSICION Y/O MODA -ALGO QUE NO ENTIENDO BIEN -CLASIFICACION GRAMATICAL -ALGO PARA PROMOVER LA EQUIDAD -NS/NC	Cuantitativa
	<b>Definición de feminismo.</b>	-ELEGANCIA Y DEDICACION -ALGO DE MODA -MOVIMIENTO POR CONQUISTA DE DERECHOS -MOVIMIENTO POR IGUALDAD DE DERECHOS -NS/NC -NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Cuantitativa
	<b>Participación de capacitaciones en la temática.</b>	-SI -NO	Cuantitativa
	<b>Grado de interés en género.</b>	-MUCHO INTERES -MODERADO INTERES -NINGUN INTERES	Cuantitativa
	<b>Nivel de creencia de la afirmación "Las personas que trabajan con perspectiva de género son feministas u homosexuales"</b>	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
	<b>Nivel de creencia de la afirmación "El género es cosa de mujeres"</b>	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
	<b>Nivel de creencia de la afirmación "Las mujeres tienen que cumplir con su rol de madre y ama de casa porque es su función natural"</b>	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa





Nivel de creencia de la afirmación “Los varones son más fuertes, aventureros y valientes que las mujeres”	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
Nivel de creencia de la afirmación “Las mujeres son más sensibles, románticas y soñadoras que los varones”	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
Nivel de creencia de la afirmación “El cuidado de los enfermos es responsabilidad de las mujeres de la familia”	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
Nivel de creencia de la afirmación “El varón debe ser sustento económico del hogar”	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
Nivel de creencia de la afirmación “Lo natural es que el varón sea el responsable del mantenimiento/reparaciones del hogar”	-DE ACUERDO -PARCIALMENTE DE ACUERDO -EN DESACUERDO	Cuantitativa
Implicancia de la visión sobre perspectiva de género en el ámbito laboral.	-SI -NO	Cuantitativa
Forma de identificar al paciente al momento de la consulta.	-NOMBRE -APELLIDO -NOMBRE Y APELLIDO -NUMERO	Cuantitativa
Indagar cómo quiere ser llamado el paciente.	-SI -NO	Cuantitativa
Forma de acompañamiento al centro de salud.	-VARON -MUJER -HIJOS/AS	Cuantitativa
Relevancia de la inclusión de la perspectiva de género en la práctica cotidiana.	-MUY RELEVANTE -POCO RELEVANTE -NADA RELEVANTE	Cuantitativa
Interés del resto del equipo en cuestiones de género.	-MUCHO INTERES -MODERADO INTERES -NINGUN INTERES	Cuantitativa
Incorporación de las cuestiones de género en su equipo de trabajo.	-SI -NO	Cuantitativa
Incorporación de la perspectiva de género en la planificación del equipo.	-SI -NO	Cuantitativa



	<b>Identificación de facilitadores/obstaculizadores en cuestiones vinculadas con género y salud en su lugar de trabajo.</b>	-CONOCIMIENTOS -DIRECTIVOS -COMUNIDAD -INFRAESTRUCTURA -APTITUD	Cuantitativa
--	---	---	--------------

**Anexo 4: Operacionalización de instrumento: entrevista a profesionales de la salud con participación activa en perspectiva de género.**

<b>Categorías analíticas:</b>	<b>Profesión</b>		Cualitativa nominal
	<b>Lugar de trabajo</b>		Cualitativa nominal
<b>Categorías operacionales:</b>	<b>Interés por cuestiones de género.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Espacio de capacitación. Interés personal y/o institucional.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Implicancia de la mirada de género en salud.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Políticas públicas en salud.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Capacitación del equipo de salud en perspectiva de género.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Conocimientos a adquirir en género y salud.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Facilitadores/obstaculizadores a capacitaciones.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Facilitadores/obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género en el equipo.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Facilitadores/obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género con otras instituciones y/o servicios.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Prácticas que reproduzcan estereotipos de género.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Estrategias de sensibilización.</b>		Cualitativa nominal
	<b>Creencia de la afirmación “La perspectiva de género es solo aplicable a la salud de las mujeres”</b>		Cualitativa nominal
<b>Creencia de la afirmación “Los equipos de salud mayoritariamente reproducen</b>		Cualitativa nominal	



	en su práctica la desigualdad entre géneros”		
--	--	--	--

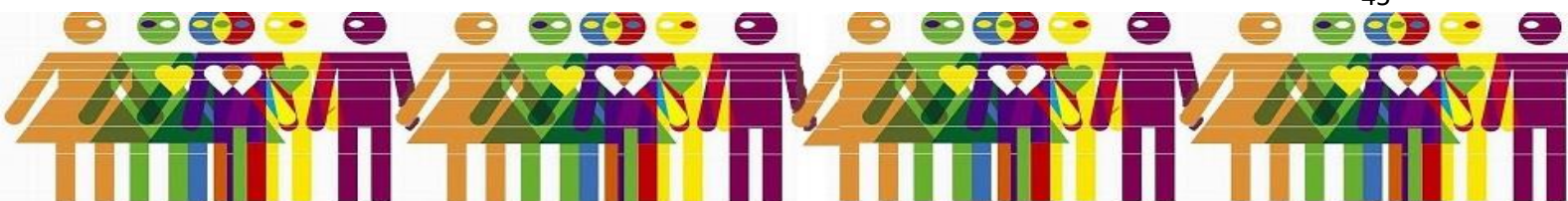
**ANEXO 5: Cuadro de categorías según unidades de significación.**

**Instrumento: Entrevista a profesionales de la salud con participación activa en cuestiones de género.**

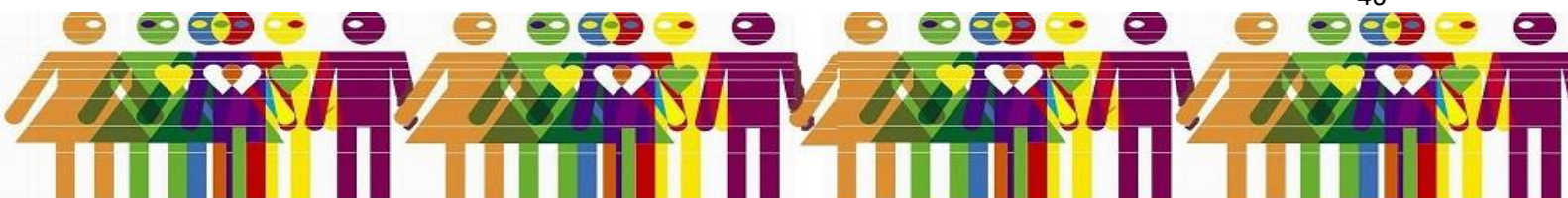
<b>Categorías analíticas:</b>	<b>Profesión</b>	<b>L</b>	<p>Lic. en trabajo social</p> <p>Maestría en economía social (General Sarmiento)</p> <p>Especialización en género (UNLU)</p> <p>Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas de la UNLU</p> <p>Docente de la Carrera de Trabajo Social (UNLU y UNLP)</p>
		<b>S</b>	<p>Médico generalista</p> <p>Post grado en Médicos Comunitarios e Investigación en Salud</p> <p>Maestría incompleta de salud pública</p>
	<b>Lugar de trabajo</b>	<b>L</b>	<p>“laburé acompañando a mujeres en situación de violencia de género, trabajé coordinando un programa de emprendimientos productivos.”</p> <p>“fui directora de atención primaria de la salud acá en la muni. Después trabaje en el área de derechos humanos con un grupo haciendo formador de formadores”</p> <p>“docencia universitaria en esta universidad y en la facultad de trabajo social de La Plata, soy instructora en la residencia de trabajo social del hospital de Mercedes”</p>
		<b>S</b>	<p>"Centro de salud en barrio Güemes, General Rodríguez."</p> <p>"Posgrado en médicos comunitarios y metodología de la investigación en salud."</p>



Categorías operacionales:	Interés por cuestiones de género.	L	<p>"Tutor de equipos en medicina comunitaria."</p> <p>"en el año 98 hice las prácticas de formación preprofesional en un centro de salud de la ciudad de Luján, donde con quien articulábamos era la pediatra del centro de salud, y en ese marco digamos, la posibilidad de intervenir estaba dada por laburar con las madres que llevaban, así textual, los chicos al control pediátrico. Y entonces a partir de eso empezó como todo el proceso de empezar a problematizar por qué son las mujeres las que llevan a los pibes al control pediátrico, cuando porque a partir del relevamiento que hacemos parte de la población masculina que conformaba parte de esos hogares de esas madres que llevaban los chicos no estaban ocupados, entonces perfectamente podían hacer el circuito de atención y ese es como el primer, la primera situación de la realidad concreta, que yo siento que me obliga a empezar a formarme"</p> <p>"Y en ese momento el click teórico más importante que yo tuve fue el aporte de Ana María Fernández, una autora reconocida en las cuestiones de violencia de género, donde ella plantea que la desigualdad de género se ancla en tres mitos, y uno es el mito mujer igual madre, el otro es el de la pasividad erótica y el otro el del amor romántico."</p>
		S	<p>"vos no tuviste la capacidad de habilitarte la pregunta"</p> <p>"porque la mayoría no tiene esa capacidad de generar la pregunta. Todos aceptan que son todos hetero. son heteronormativos, todos"</p> <p>"unos que te podían dar, decir cosas que podían ver los más presentes desde la práctica. ¿Distinta es la postura de los otros donde detectaron y preferían no actuar... por qué?, por la ineficacia del sistema"</p> <p>"Desde la individualidad, desde el que tuvo algo que los movió, o tuvo una experiencia personal, o tuvo una situación profesional que lo expuso y le quedo picando, si le quedo picando"</p>
	Interés	L	<p>"Y en ese año desarrollamos con las compañeras con las que estábamos, participamos de un seminario, de un curso de formación en violencia de género que dictó Bibiana Travi, año 98"</p>

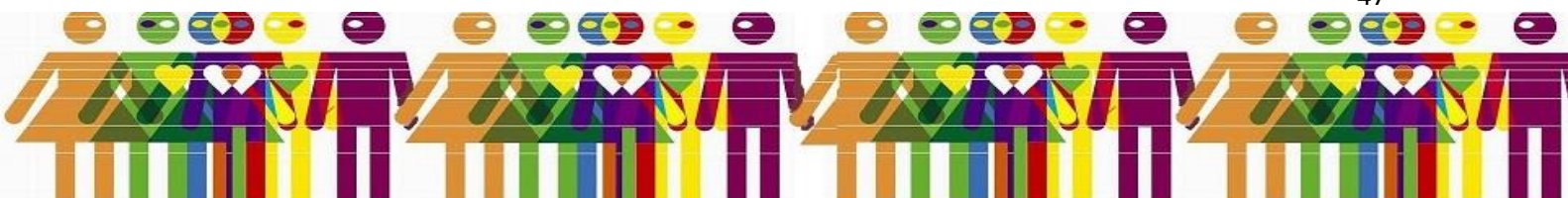


		<p>"De postura teórico-política digamos, no de lineamiento institucional. Al revés digo, las instituciones tienen bastante poco visibilizadas las cuestiones de género. Digo, en esta institución como en un conjunto de instituciones, digo salud claramente no tiene una perspectiva de género involucrada. No, más por una cuestión de, por una postura teórico-política respecto de cómo se entiende la emancipación de las personas por así decirlo."</p> <p>"Podemos discutir métodos de conocimientos, pero soy de las que consideran que las cosas no se construyen, sino que las cosas están, que depende de nuestra capacidad de tematizarlas, problematizarlas o explicarlas para poder intervenir".</p>
	S	<p>"Mira, yo postura personal, las capacitaciones son en horario de trabajo"</p> <p>"ni siquiera en servicio si en horario de trabajo, entonces si yo tengo que hacer una capacitación sobre campaña de sarampión, cierro todas las salas y se me viene todo el mundo acá, y yo hablo de sarampión y mañana seguimos atendiendo, se puede? ¡Campaña de sarampión, si no lo puedo hacer para una campaña de sarampión vos te crees que me van a dejar hablar de género? ¿O cerrar todas las salas para hacer género? No, a cuantos, van a dejar que salgan, que cierren una sala para hacer la capacitación, a quien van a dejar que no atienda para hacer una capacitación"</p> <p>"No fue un pedido institucional. Fue como un...por acá, un espaldarazo de por acá. Esto viene por acá".</p>
Implicancia de la mirada de género en salud.	L	<p>"Todos los varones llegaron en estadio terminal o en el estadio inmediatamente anterior de una cuestión cancerígena. Entonces digo, es re grosso la implicancia que tiene en términos de salud colectiva la no captación del varón ¿no? Estamos hablando de la muerte."</p> <p>"La perspectiva de género en el sector salud implica correrse de la heteronorma en todas las prácticas, en todas".</p> <p>"Pensar en salud con perspectiva de género es reconocer que la responsable de la procreación, de la reproducción y de los cuidados no es la mujer. Eso es, es reconocer</p>

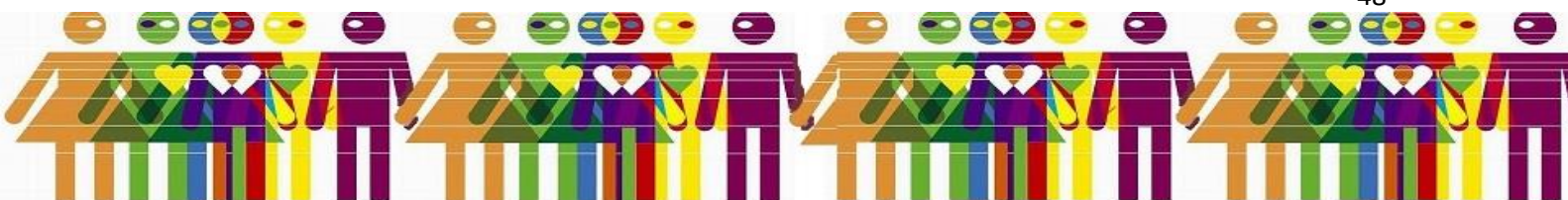




		<p>que hay otro conjunto de adultos cuidadores que no son mujeres. Porque digo, a veces no es la madre, es la tía, la hermana, la abuela, la prima, la vecina".</p>
	s	<p>"para hacer diversidad necesitas salir de heteronormativo"</p> <p>"respeto, respeto al otro"</p> <p>el tema de poder preguntarse"</p> <p>"lo más disruptivo no es la diversidad en cuanto a roles y géneros, sino lo que es el poliamor... que no se lo banca nadie. La relación es de dos, y punto."</p> <p>"no hacer un juicio de valor sobre lo que les están diciendo"</p> <p>"va incluido el género"</p> <p>"más grande todavía, reconocer al otro como persona, que yo no la puedo reetiquetar"</p> <p>"lo primero que hay que reconocer son los derechos humanos. Como sociedad somos muy discriminadores. ¿El anteojudo? El anteojudo... el puto... el gordo"</p> <p>"es que el que cambié fui yo... digo... también con esto cuestionándotela... no es tuyo... vos estas ahí... las bolas... son sus barrios... y se manejan como matriarcado... esta fabuloso... a ver... digo... lo que pueden generar estas mujeres con su red de mujeres"</p> <p>"Por eso te digo, hasta familiar te diría, por eso te digo que el cambio lo hice yo, viste cuando decís, no si, la teoría me decía no si"</p> <p>"cuando se te va de la teoría"</p>



	Políticas públicas en salud.	L	<p>"empezar a reunirnos por disciplinas para poder identificar qué variables debía tener la historia sociosanitaria"</p> <p>" no tenemos que pensar en políticas de género si no en políticas de salud, educación, justicia, de niñez, vejez, discapacidad con perspectiva de género"</p> <p>"hay ciertas políticas sociales que en su enunciación incorporan categorías que algunas veces vaciándolos de contenido o rudimentalizando su contenido, pero eh... que esa incorporación de la perspectiva de género va rudimentalizandose"</p> <p>"¡¡La asignación universal por hijo no es una política del sector salud, pero es una política que ha impactado en el sector salud mucho!! ¿Por qué? porque tenes la exigencia del control de vacunación, del control de salud anual y eso opera sobre los efectores de salud como aumento de las intervenciones a realizar, pero además tiene un fuerte componente de género porque se está pensando que la mujer es la que lleva, es la que hace el recorrido con esos pibes. Entonces, tanto, de hecho, está pensado así, hay una tipa que se llama Angélica de la Cena que lo que dice es que hay, que nosotros podemos identificar un proceso de femineización de la política pública, sino de maternización de la política pública"</p> <p>" la gestión pública, por lo menos la local, me atrevo a decir la provincial, no está tomando los lineamientos de la perspectiva de género, de la perspectiva crítica de la perspectiva de género"</p> <p>" el sistema está armado para que nosotros respondamos en forma individual"</p> <p>"La liviandad con la que, en términos normativos jurídicos, se penan las situaciones de abuso sexual infantil o violencia sexual en un sentido general, entonces eso ya le da un marco de impunidad que nos excede totalmente. Entonces el marco de impunidad como no lo pone la justicia, lo tiene que poner, lo voy a decir en muy bestia, lo tiene que poner el escrache territorial."</p> <p>"el sistema de protección interamericana de los derechos humanos, lo que está reconocido es que la niñez es el grupo más vulnerable, y que el derecho del niño siempre está presente y no por sobre la revalorización de las culturas originarias"</p>
--	------------------------------	---	--



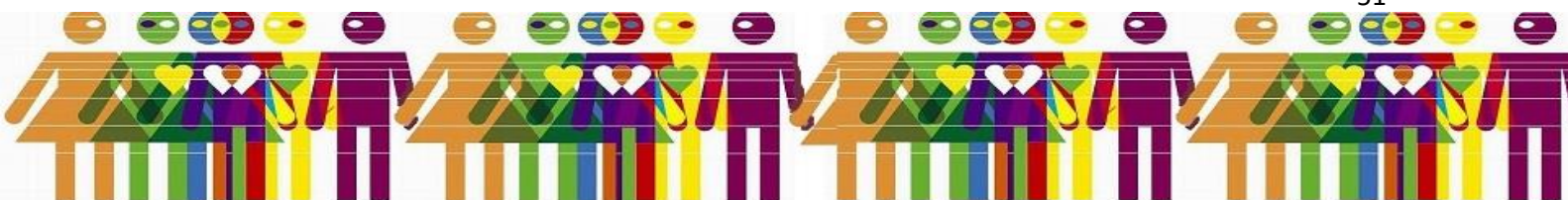
		<p>porque que apelaba el abogado del adulto? Que se están desconociendo los tratados internacionales que los reconocen como sujetos de derechos. Conocer ese marco que norma la convivencia nos permite pensar que tan hondo necesitamos ir con la flexibilización"</p> <p>"y no podemos laburar con todos juntos, ya se sabe, no puedo poner el victimario y la víctima en el mismo lugar, o el victimario junto con la comunidad a repensar. Eso se hará después. Con el conjunto de efectores de salud, como lo están pensando, que les pasa, sería como una cuestión más de otro orden. Claramente tienen que ir por la colectivización de la demanda y por tomar el territorio como objeto, entre comillas de intervención, no a la gente en particular sino al territorio como objeto de intervención"</p>
	<p>S</p>	<p>"Y algunos que detectaban... pero preferían no hacerlo, por qué, por la ineficacia del sistema. No porque no lo detectaban, sino porque no se iba a resolver e iba a empeorar la situación de esa familia "</p> <p>"Los primeros, dentro del ministerio de salud que toman la diversidad sexual, es la dirección de HIV"</p> <p>"nadie estimula... nadie, o sea, lo único que tenemos es un pene... no existen las vulvas, no existen los anos, no existe otra cosa"</p> <p>"Como política de estado no sé si le corresponde a salud ni si salud tiene la capacidad"</p> <p>"si no se cumple un derecho humano se descumplen todos. Si vos tenes pesos políticos difícilmente alguien pueda garantizarme a mí el derecho a la diversidad"</p> <p>"la casa no es un derecho? ¿La alimentación no es un derecho... después si querés... pero si no tengo casa y no tengo comida... o sea... cuanto hace que no hablamos de seguridad alimentaria?"</p> <p>"Digo... volvemos a lo mismo... una de las cosas... ¿saben por qué desde la dirección de hiv salió lo de salir del closet? Es por pelear el sexo seguro"</p> <p>"Porque el problema no lo tiene incorporado, el sistema no lo tiene incorporado"</p>



			"la lógica del sistema acá no concuerda con la lógica cubana que nos vinieron a enseñar"
Capacitación del equipo de salud en perspectiva de género.	L		"claramente la perspectiva de género en el sector salud implica correrse de la heteronorma en todas las prácticas, en todas."
	S		"trabajo social tiene otro acercamiento, creo que psicología también"  "Enfermería, por práctica te diría, enfermería por práctica"  "Trabajo social lo sabe?, si"
Conocimientos a adquirir en género y salud.	L		"Pensar en salud con perspectiva de género es reconocer que la responsable de la procreación, de la reproducción y de los cuidados no es la mujer. Eso es, es reconocer que hay otro conjunto de adultos cuidadores que no son mujeres. Porque digo, a veces no es la madre, es la tía, la hermana, la abuela, la prima, la vecina."  "en el barrio no hay solo situaciones de abuso de niños sino de violaciones, de violencia sexual en adultos y que son cosas muy presentes, porque ya te habíamos contado que es una comunidad hegemónica, y el machismo y el patriarcado se hace totalmente presente, entonces nos preguntamos esto de cómo generar alguna intervención comunitaria para trabajar estas cuestiones, sin ir a lo individual de cada uno, sin ser nosotros violentos con respecto a esto, pero para poder empezar a generar esto"  " un primer desafío es como colectivizamos la demanda que nos llega, como hacemos que estas situaciones puntuales, individuales, particulares, en un nivel de cercenamiento a la subjetividad, implica la violencia sexual hacia niños, hacia otras mujeres, hacia mujeres, tiene, porque digo estamos hablando de un impacto en la subjetividad enorme, como para decirlo rápido en la subjetividad individual y en la colectiva , o comunitaria ,"  "cómo trabajamos con la población involucrada y no solo la afectada, como trabajamos con la población involucrada y como trabajamos con el conjunto de

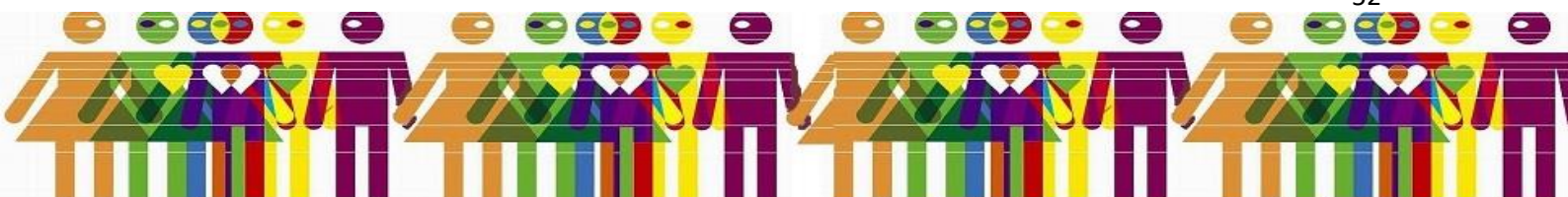


		<p>organizaciones e instituciones involucradas en la temática, como nosotros pensamos intervenciones que no empiezan, ni terminan en nosotros porque eso es muy acotado"</p> <p>"me trazaría ahí dos líneas, con la población víctima, porque claramente hay que trabajar en reconstituir esa subjetividad dañada, como trabajar con victimarios, que todo objeto de debate, casos de abuso sexual infantil y como trabajar con una red de apoyo, una red de cuidado que sea comunitaria"</p> <p>"hay que laburar con estos victimarios en la construcción de la subjetividad, forma de relacionarse, de la forma de entender y los intercambios con otros, si nosotros pensamos que todos los victimarios tienen padecimientos de salud mental estamos en el horno"</p> <p>"ayudar a conocer con hacer relativismo cultural, sino con conocer que cosas hay que laburar, nos permite saber qué cosas hay que laburar con esos niños y que van a crecer en el marco de esa cultura, con ese conjunto de prácticas y con estas mujeres que no denuncian porque es una práctica ancestral."</p>
	S	
Facilitadores/obstaculizadores a zadores a capacitaciones.	L	" en capacitaciones, cuando se piensan, se piensan más con una lógica de bajada de línea, no sea cosa que después la gente quiera hacer asamblea para definir como armar una historia socio sanitaria."
	S	"en medicina en ningún lugar te van a hablar del género"
Facilitadores/obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género en el equipo.	L	<p>"una persona iba a buscar pastillas anticonceptivas y no había un criterio unificado"</p> <p>"los trabajadores de la salud son un amontonamiento de disciplinas, pero no hay lógica de equipo."</p> <p>"se avanzó en un proceso de formación y de... había equipos de trabajo que venían laburando el tema de la interrupción voluntaria del embarazo... eh... sin espalda institucional o con una espalda institucional..."</p>



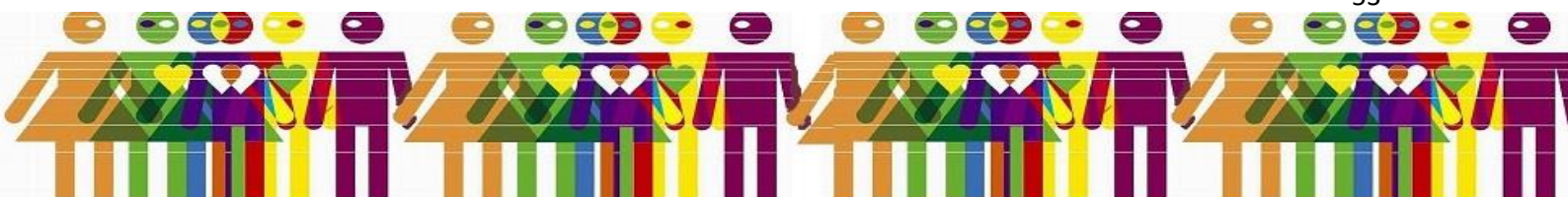


		<p>"entonces después los que son objetores de conciencia claramente se tendrán que enmarcar en eso. Lo que no pueden hacer con este lineamiento es negarse"</p> <p>"es posible ir laborando con cada una de estas especialidades ciertas cuestiones, por ejemplo, como la única ginecóloga, las obstetras y generalistas que atienden cuestiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva eh... pueden poner un piso respecto de cómo se realiza el otorgamiento de los métodos anticonceptivos. "</p> <p>"que hay ciertas condiciones objetivas, condiciones que tienen que ver con cómo se desarrollan las practicas porque están naturalizadas y condiciones subjetivas que hacen referencia a los posicionamientos ¿no? De cada efector de salud"</p> <p>"hay ciertas condiciones objetivas, condiciones que tienen que ver con cómo se desarrollan las practicas porque están naturalizadas y condiciones subjetivas que hacen referencia a los posicionamientos ¿no? De cada efector de salud"</p> <p>"pero es una subjetividad anclada en una sociabilidad que es machista, que es autocentrista, tiene heteronormativa."</p> <p>"Ni siquiera tuvieron la capacitación, vinieron, problematizaron, y se bajan lineamientos claros en clave de gestión. Porque si hacemos una capacitación para que después cada uno no se sensibilice más o menos como lo que era y... estás en un problema"</p> <p>"por más que tengamos un discurso que reconozca la perspectiva de género no la avanza en su sentido general. Es como decir: ¿vamos a seguir atendiendo siempre a las mujeres víctimas de violencia de género? ¿Cuándo vamos a empezar a laborar con los varones violentos"</p> <p>" Porque pasamos de no registrar por que perdemos tiempo a registrar todo, hay cosas que no se registran"</p> <p>" algunos efectores de salud, la idea de que para que nos vamos a capacitar si después los lineamientos no se van a poder implementar o los recursos no van a estar"</p>
--	--	---

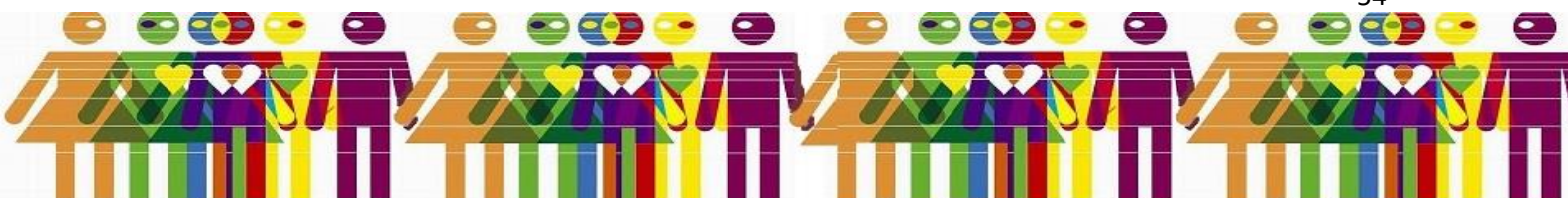


		<p>"La potencialidad es la potencialidad que tiene todo proceso educativo sea formal o informal, es la posibilidad de reorientar las prácticas a partir de la reflexión, entonces, no hay techo"</p> <p>"Hay mucho miedo a la persecución sobre cuando se desarrollan acciones colectivas"</p> <p>"Es el médico que le voy a decir yo[...] este responsable de área me dice a mí y a otra directora que estaba en la reunión conmigo, "bueno lo que pasa es que ustedes están preocupados de la cuestión de género porque son mujeres"."</p> <hr/> <p>"perder el privilegio de la masculinidad, perder lo heteronormativo, perder la hegemonía médica digo, eh... no es algo como así, sencillito"</p> <p>"cómo deconstruimos eso dicho desde un concepto de fe, de creencia, dicho... yo no puedo, o sea, no puedo"</p> <p>"pero es creencia y con la creencia te es muy difícil dialogar"</p> <p>"estamos formados (¿?) de la monogamia"</p> <p>"heteronorma"</p> <p>"dejas de suponer lo que tenés enfrente"</p> <p>"no hacer un juicio de valor sobre lo que les están diciendo"</p> <p>"instrumento, Llega la planilla de HIV, en la planilla de HIV aparece "sexo: F o M", uno tiene que elegir uno de los dos"</p> <p>"sin la mano de derechos humanos, sin el avance del feminismo todo esto sería imposible más el miedo del HIV, que para mí es un factor clave por lo menos en la historia de Argentina"</p>
--	--	---

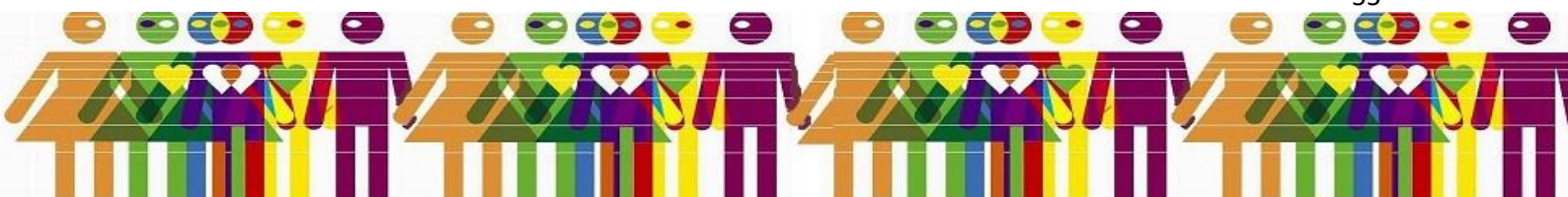
s



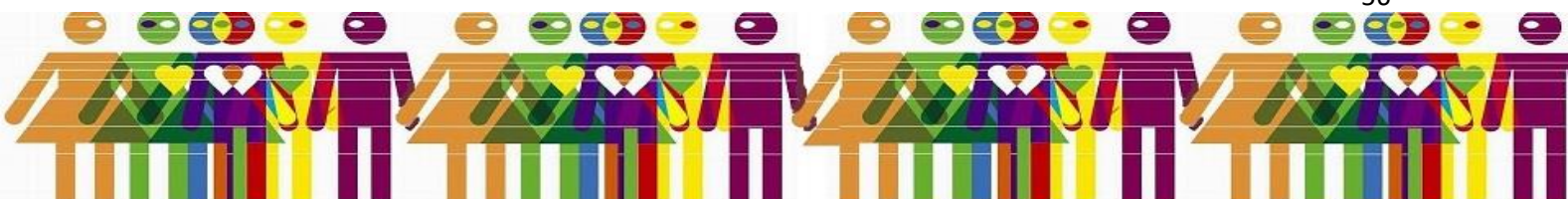
		<p>"Porque también otra de las cosas es esta culpabilización del otro. Estamos acostumbrados a echarle la culpa al otro"</p> <p>"es que el que cambié fui yo... digo... también con esto cuestionándotela... no es tuyo... vos estas ahí... las bolas... son sus barrios... y se manejan como matriarcado... esta fabuloso... a ver... digo... lo que pueden generar estas mujeres con su red de mujeres"</p> <p>"si una mesa de género, un varón toma la posta estamos al horno, es esto es el aprender a callarse"</p> <p>"A veces, es necesario callarse y a veces es necesario gritar, con esto digo, tenes una causa, tenes un derecho"</p> <p>"q nuestras decisiones sean conscientes. Mientras sepamos donde estamos parados para decir lo q estamos diciendo está bien. Ej. De fumador. Seamos conscientes q estamos eligiendo determinada cosa"</p>
	<p>Facilitadores/obstaculizadores a la hora de incluir la perspectiva de género con otras instituciones y/o servicios.</p>	<p>L</p> <p>"Los marcos jurídicos normativos no son marcos teóricos, son encuadres de laburo digamos, que nunca nos marcan un techo, en todo caso nos marcan pisos de acción. Y encuadres de laburo básicamente"</p> <p>"lineamientos pasaron a ser: un proceso de capacitación a los efectores de salud. Primero para jerarquizarlos, para jerarquizar el espacio de APS en toda la disputa con el segundo nivel. Y la segunda cuestión, porque jerarquizarlos no sólo tenía que ver con el reconocimiento sino tenía que ver con que en principio permitía encuadrar de otra manera las prácticas que se realizaban y cómo se realizaban. Lo que digo es, alguien te puede decir: "bueno, pero yo no conozco tal ley" entonces la respuesta es: "bueno deberías conocerla" pero además si yo estoy en un lugar de gestión, debo arbitrar los medios para que eso suceda"</p> <p>"protocolo de reducción de riesgos y daños del programa de salud sexual y reproductiva"</p>



		<p>"... el claro retroceso que vemos en relación a los recortes presupuestarios, de recursos humanos, etc. también es un recorte respecto de los lineamientos ideológicos más de entender la salud en clave colectiva"</p> <p>" Sin llegar a problematizar que los métodos anticonceptivos están... sin problematizar en la práctica que los métodos anticonceptivos están fuertemente direccionados a las mujeres, que la responsabilidad del cuidado del propio cuerpo, de la salud reproductiva y la procreación también es de las mujeres. Invisibilizando violencia sexual por ejemplo"</p> <p>" equipos de salud hicieran un proyecto comunitario, que implicara salir afuera del centro de salud y al fin del primer año, hicimos una jornada de APS donde cada equipo presenta en posters los proyectos... los avances, no el proyecto si no lo que habían avanzado en relación al proyecto e invitamos a tres especialistas temáticos en función de cómo se dividían estos proyectos."</p> <p>" No hay perspectiva de género para abordar ni salud, ni violencia incluso en un montón de oportunidades (igual es lo que a mi criterio está más avanzado en términos de áreas del estado), ni niñez. Digo, claramente eh... uno puede identificar que ahí la responsabilización del cuidado es hacia las mujeres y mientras esto sea así, estamos frente a una perspectiva patriarcalizada de la atención de la salud en el rubro que sea"</p> <p>"hecho los códigos de ética, los códigos profesionales, las leyes - la ley federal de trabajo social - que es una ley re nueva, sancionada ahora entre el 2014/2015 no recupera las cuestiones de género como particularidades, habla de los derechos humanos en general"</p> <p>"cómo hay que hacer las cosas, digo, no está problematizado, bueno eso"</p> <p>" La lógica de la intervención en salud, con los programas específicos que tienen, y los componentes comunitarios que tienen los programas de salud, prácticamente no reconocen a los varones."</p> <p>" persecución de los estamentos superiores respecto de cómo puede ser que todos los centros de salud estén cerrados, estamos hablando de 3 horas, 2 horas una vez por mes. O sea, ese es el obstáculo, por eso vuelvo a decir los lineamientos institucionales."</p>
--	--	---



			<p>"Si no tenemos lineamientos institucionales que nos permitan reencauzar determinadas prácticas, implica sensibilizar, repensar protocolos con perspectiva de género y avanzar en ese sentido, se van a seguir reproduciendo las desigualdades de género. Insisto que mayoritariamente los equipos de salud las reproduzcan, no es un problema de quienes individualmente conforman los equipos de salud"</p>
		S	
Prácticas en los equipos que reprodujeran estereotipos de género.		L	<p>"en cuestiones de vinculación directa donde se ofrezca la vasectomía como método anticonceptivo, donde difícilmente se ofrezca la ligadura tubaria como método anticonceptivo. Entonces no es solamente que se mira solo a la mujer y no se está mirando al varón, sino que además de las opciones que hay, hay ciertas opciones que se le niegan a la mujer por considerarlas - lo voy a decir entre comillas: "antinaturales"- es decir, que tengan la posibilidad permanente de la reproducción biológica, por ejemplo: la ligadura tubaria."</p> <p>" ¡¡La asignación universal por hijo no es una política del sector salud, pero es una política que ha impactado en el sector salud mucho!! ¿Por qué? porque tenes la exigencia del control de vacunación, del control de salud anual y eso opera sobre los efectores de salud como aumento de las intervenciones a realizar, pero además tiene un fuerte componente de género porque se está pensando que la mujer es la que lleva, es la que hace el recorrido con esos pibes. Entonces, tanto, de hecho, está pensado así, hay una tipa que se llama Angélica de la Cena que lo que dice es que hay, que nosotros podemos identificar un proceso de femineización de la política pública, sino de maternización de la política pública"</p> <p>" O de los efectores de salud siempre está pensado en que son las mujeres las responsables de la reproducción biológica y social de los pibes y de la casa"</p> <p>"lo que hay que modificar lineamientos para que modifiquen prácticas en el marco de la atención de la salud, para mi tienen que ver con la básica, es que no somos las mujeres las responsables del cuidado"</p> <p>"es contradictorio hasta desde una mirada de eficacia de los recursos, supongamos que hacemos un laburo chino y logramos que un conjunto de mujeres deje de permitir cuestiones de violencia, pero ese varón vuelve a conformar pareja con la misma lógica"</p>





		S	<p>"puedo presuponer, digo, las 4 tienen su documento son heterosexuales y les pregunto a ver si tuvieron chicos, si estuvieron embarazadas o si tienen chicos"</p> <p>"instrumento, llega la planilla de HIV, en la planilla de HIV aparece "sexo: F o M", uno tiene que elegir uno de los dos"</p> <p>"porque después los inflan, porque son boludos, porque no saben y lo usan para jugar "</p> <p>"No hay nada más llamativo que ver el papa que trae el nene a control, te puedo asegurar que se te prenden todas las alarmas, horribles, horribles, enseguida se nos viene, el violento, pegador, todas, se te prenden todas las alarmas, porque hay un papa acá y no hay una mujer !!!, a mí se me sigue surgiendo con este tema de deconstruir cosas"</p> <p>"si cualquier varón que te trae un nene para vos es un abusador, cagamos fuego, estas reproduciendo vos"</p> <p>"quien está al pedo todo el día, que deje de mirar la novela y que vaya a llevar a los pibes al médico"</p> <p>"además el problema del embarazo son las mujeres"</p> <p>"Las mujeres son todas putas. Siempre fue clarísimo para el sistema de salud, desde el concepto de promiscuidad. Desde el momento que un ginecólogo se enojó cuando un estudiante le consulto cuantas relaciones tenía que tener una mujer para ser considerada promiscua"</p>
	Estrategias de sensibilización.	L	<p>"la salud mental con perspectiva de género a partir de casos como hitos, sí esos casos..."</p> <p>"creo que se ha avanzado en estos años en procesos de sensibilización y no necesariamente tienen que ver con los lineamientos institucionales o de gestión en el</p>



			<p>sector salud, si no que tienen que ver con el movimiento social en torno a visibilizar la problemática"</p> <p>"observatorios de violencia obstétrica, hasta el movimiento ni una menos, hasta la campaña por el derecho al aborto seguro legal y gratuito"</p> <p>"es una sensibilización que, si no está encuadrada, yo insisto con esto, si no está encuadrada como en lineamientos de laburo del cotidiano profesional, queda como para la vida social general, no sé si queda para el laburo concreto adentro del centro de salud"</p> <p>" como hacemos para que eso implique un movimiento en la reflexión que permita identificar que en la práctica yo estoy siendo machista en mis intervenciones."</p>
Opinión sobre la afirmación "La perspectiva de género es solo aplicable a la salud de las mujeres"		S	
		L	<p>"no perspectiva de género no sólo incluye como tratamos a las mujeres en el sistema de salud si no cómo desconocemos la existencia de varones que no están llegando"</p> <p>" la perspectiva de género por todo lo que ya argumenté no es solo aplicable a las mujeres"</p> <p>" ojalá estuviéramos por discutir eso, no estamos ni discutiendo eso, estamos más atrás todavía "</p>
		S	<p>"Cuando se trabaja masculinidad parece que se estuviera trabajando solamente diversidad sexual. ¿Sí? Los bi... homo... ¿Con el varón hetero como hace para que no tenga que salir a transformarse en el macho argentino?"</p> <p>"Quienes llevan a control a los pibes, que tiene que ver con las estadísticas, para que el varón pueda ir a la consulta tiene que pensar en un adulto mayor con una enfermedad crónica, mientras que el varón se mantenga económicamente activo no va a ir al médico. La mujer debe ir por su salud reproductiva solamente y cuidando los chicos y sino cuidando algún viejo, quien cuida a los demás, la mujer"</p>



		<p>"Perspectiva de género y aplicación, en salud se pueden utilizar conceptos de géneros y eso mejoraría el sistema: SI. Solo en mujeres sería un paso"</p>
	<p>L</p>	<p>"Hasta donde somos tan libres para elegir y hasta donde somos consecuencia de un sistema... vuelvo a lo mismo... el no juzgar al otro... lo básico que necesitas"</p> <p>"te digo una de las cosas que cambió básicamente mi postura... una de las cosas teóricas que sostenía es que... nadie o sea que... una de las cosas que teníamos es que la enfermera decía mi sala mi barrio"</p> <p>"estas seguras vos que cualquier nena de 14 puede retirar los anticonceptivos, yo creo que todavía hay que pegar un par de gritos para que la nena de 14 le den los anticonceptivos sin hacer quilombo"</p> <p>"Pero si estamos hablado que necesitamos la voz del varón porque no está, el recoger esa voz que no tenemos, ese es parte del laburo, es una búsqueda, no escuchamos y tenemos las consecuencias"</p> <p>"los equipos de salud mayoritariamente reproducen en su práctica la desigualdad de género SI. Absolutamente"</p> <p>"todos necesariamente si hay algo que puede llegar a ser valorado moralmente, todos te darán la respuesta moralmente aceptable"</p>
<p>Opinión sobre la afirmación "Los equipos de salud mayoritariamente reproducen en su práctica la desigualdad entre géneros"</p>	<p>S</p>	

