

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Tajer, Débora; Gaba, Mariana; Lo Russo, Alejandra; Reid, Graciela; Attardo, Clara;
Zamar, Adriana; Fontenla, Mariana; Cuadra, María Eugenia; Cunningham, María Viviana;
Oliveto, Agustín; Lupi, Mercedes; Jeifetz, Vanesa; Straschnoy, Marina
**RTA CRÍTICA DE LA SALUD DE LAS MUJERES: INTEGRALIDAD Y EQUIDAD DE
GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES - 2DA PARTE**

Anuario de Investigaciones, vol. XV, 2008, pp. 271-280

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944026>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

RUTA CRÍTICA DE LA SALUD DE LAS MUJERES: INTEGRALIDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LAS MUJERES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES - 2DA PARTE

CRITICAL ROAD OF WOMEN'S HEALTH: INTEGRALITY AND GENDER EQUITY IN HEALTH PRACTICES AMONG WOMEN IN BUENOS AIRES CITY - 2ND PART

Tajer, Débora¹; Gaba, Mariana; Lo Russo, Alejandra; Reid, Graciela; Attardo, Clara; Zamar, Adriana; Fontenla, Mariana; Cuadra, María Eugenia; Cunningham, María Viviana; Oliveto, Agustín; Lupi, Mercedes; Jeifetz, Vanesa; Straschnoy, Marina²

RESUMEN

Este proyecto es continuación de investigaciones UBA-CyT anteriores, realizadas por el mismo equipo acerca de la equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares (2000-3) y de la relación entre los modos de subjetivación de género y la construcción de la vulnerabilidad coronaria en varones y en mujeres (1998-2000).

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

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

Palabras clave:

Salud - Mujeres - Integralidad - Género

ABSTRACT

This project is a continuation of previous UBACyT research projects about gender equity in cardiovascular patients health care (2000-3) and the way of gender subjectivity contributes to coronary risk construction both in men and women (1998-2000)

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

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

Key words:

Health - Women - Equity - Gender

¹ Licenciada en Psicología, UBA, Especialista en Psicología Clínica, GCBA. Master en Ciencias Sociales y Salud, FLACSO/CEDES. Doctoranda en Psicología, UBA. Profesora Adjunta a cargo de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género de la Facultad de Psicología, UBA. Directora de Beca y del Proyecto UBACyT P809 "Ruta crítica de la Salud de las Mujeres: Integralidad y Equidad de Género en las prácticas de salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires".

² Integrantes del equipo de investigación del Proyecto UBACyT P809.

INTRODUCCIÓN

Estado actual del conocimiento sobre el tema

Desde hace 10 años este equipo ha investigado la problemática de la equidad entre mujeres y varones en lo referente a las enfermedades cardiovasculares, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta línea de investigación comenzó con los proyectos UBA-CyT PJ05 PJ08 y PS 037; en los dos primeros se ha podido evidenciar el modo particular de construcción de la vulnerabilidad psicosocial en enfermedad coronaria de acuerdo a la pertenencia de género y sector social (Tajer D y col, 1998, 2000^a, 2000b). También se ha analizado el eje de la construcción social de la subjetividad, incluyendo la dimensión de género, como determinante social de la salud. En el tercer proyecto se ha evidenciado el modo en el cual los sesgos de género determinan la **toma de decisión con respecto al diagnóstico y la terapéutica a seguir** de los/as médicos/as especialistas en cardiología de la ciudad de Buenos Aires, presentando impactos negativos en la calidad de atención producidos por dicho sesgo (Tajer y col, 2002, 2003) (Tajer, D, 2004).

Los estudios referidos se inscriben dentro del principio de la introducción de la perspectiva de género en el campo de las políticas públicas en salud (Tajer D, 2004). Los gobiernos de la mayor parte del mundo, incluyendo el nuestro, se han comprometido internacionalmente a incorporar en sus legislaciones y programas de gobierno, la **equidad entre los géneros como una necesidad humana** de acuerdo a lo estipulado por las Conferencias de El Cairo en 1994¹ y de Beijing en 1995² (Standing, H. y col., 2001) (Gómez Gómez, E., 2002). Otros autores amplían el campo y lo incluyen dentro de una perspectiva de derechos humanos. (PIDHDD, ALAMES, 2004)

Cuando se toma en cuenta esta perspectiva también se redefinen a las políticas públicas en salud, tanto para la producción y provisión de bienes y servicios para el cuidado de la misma, como para la protección y promoción de la salud pública. Entendemos a la salud como espacio de reproducción de las diferencias de todo tipo, a través de la acumulación o desacumulación de capital social, humano y cultural (La Rosa, L., 2004). Por lo tanto, promover equidad de género es contribuir a la acumulación por parte de las mujeres de capital social, humano y cultural, que el proceso de desapropiación de este histórico social les imprime.

Existe suficiente evidencia para afirmar además, que la diferencia entre los géneros, es decir la *división social por sexo del trabajo y el poder*, establece una estrecha vinculación entre los perfiles epidemiológicos de una población y las características de accesibilidad, finan-

ciamiento y gestión del sistema de salud (Gómez Gómez E., 1994, 2002). En este proyecto se utilizan aportes del enfoque de “**género en desarrollo**” (GED) que propone un balance de poder en términos creativos, facilitando procesos de **autonomía y autodeterminación**, generando democracia y participación de ambos géneros, haciendo hincapié en la equidad (De Los Ríos R., 1995) (Godoy Fonseca R., 1997). También se incluye una concepción del espacio de acción pública de la salud en sentido amplio, denominado “**ámbito de la salud**” que comprende tanto a los servicios de salud, como a los ámbitos cotidianos en los cuales se conforman los determinantes de la situación de salud, entre los cuales encontramos como eje central la **inequidad de género**.

Otro concepto clave es la noción de **integralidad** (Costa A.M., 2004), que implica la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de los sujetos y colectivos sociales en sus necesidades de salud de un modo abarcativo e incluyente. Consideramos que la articulación entre las distintas modalidades de **autoatención**³ (Menéndez E., 1978) de las comunidades con el sistema de salud, puede producir mayores grados de integralidad en la medida en que atienda a la complejidad de los contextos socio históricos, políticos, en que las personas viven cotidianamente.

El aporte específico de la psicología en el proceso de investigación, ha sido la inclusión de las **representaciones sociales** (Moscovici S., 1989,2001) y la **dimensión de la subjetividad** (Fernández, A.M., 1999). Asimismo en este proyecto se incorpora la metodología de **Investigación Acción Participante** (Montero, M., 1994, 2004).

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Propósitos

- Avanzar en la implementación de prácticas que colaboren a construir políticas públicas en salud con perspectiva de género, que incluyan un enfoque sobre la construcción de la subjetividad.
- Identificar los modos por los cuales la diferencia entre los géneros se transforma en **inequidad en el acceso, la calidad de la atención y el manejo de recursos para la salud**.
- Promover la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, ejecución y monitoreo de las políticas públicas en salud, para lograr un sistema donde se respeten los principios de equidad y autonomía.
- Contribuir a la construcción de un marco de abordaje de la salud integral de las mujeres que incluya los aportes de la psicología, los estudios de género, la

¹ Concepto utilizado para referir a las acciones espontáneas individuales o colectivas, que pueden incluir la constitución de redes sociales, a través de las cuales las personas y/o comunidades resuelven, con mayor o menor éxito, la satisfacción de sus necesidades en salud.

² ONU. Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994)

³ ONU-Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

salud colectiva y las estrategias de Investigación Acción Participante.

- Identificar de qué manera la ley de salud de la Ciudad de Buenos Aires establece un marco normativo de la atención integral de la salud con perspectiva de género.
- Evaluar las prestaciones de acuerdo a indicadores de ciudadanía, integralidad y equidad de género.
- Promover la creación de un circuito o red de retroalimentación entre las comunidades y sus formas de autoatención, y el sistema de salud en sus tres niveles: atención primaria, secundaria y terciaria, construyendo canales de referencia y contra-referencia.

Objetivos específicos

- Crear una escala de medición de integralidad y equidad de género por grupo etario para medir las prácticas de promoción, atención y rehabilitación en salud.
- Medir desde la escala creada las prácticas de promoción, atención y rehabilitación en salud.
- Visibilizar el “camino espontáneo”⁴ de las usuarias de los servicios de promoción, atención y rehabilitación.
- Conformar una red de tesistas y diplomandos/as en género, salud y subjetividad para avanzar en el logro de estos objetivos y otros similares.
- Contribuir a avanzar en la integralidad y equidad de género de las prácticas de promoción, atención y rehabilitación en salud.

Hipótesis Principales

- Existen dificultades en la implementación de prácticas de salud hacia las mujeres que incluyen una perspectiva de integralidad y equidad de género por grupo etario. Esta inclusión contribuiría a la constitución de rutas críticas (Caravantes, L., 2000) en la atención de la salud de las mujeres.
- Dichas dificultades pudieran deberse a la carencia de **caminos de integralidad** que transformen la relación entre efectores de salud (y de los diversos efectores entre sí) y usuarios/as, en una relación que los involucre en vínculos de necesaria reciprocidad.

Hipótesis secundarias

- Una de las dificultades para el avance en el logro de mayores grados de integralidad es la falta de articulación de las diferentes experiencias y los programas que la promueven.
- Los caminos espontáneos, en tanto prácticas de autoatención, son productores de empoderamiento y aumento de la capacidad de autonomía y autogestión de las usuarias.
- La institucionalización de los caminos espontáneos hacia caminos de integralidad permitirían un aumento de los grados de integralidad y equidad de género por grupo etario de las prácticas de salud de las mujeres de la ciudad de Buenos Aires.

⁴Concepto construido por el equipo, ver marco teórico.

METODOLOGÍA

Se utiliza metodología cualitativa para la recolección, selección y análisis de la información , que ha sido escojida por su congruencia con el objeto de estudio (de Souza Minayo M.C. 1997). Cabe señalar, a modo de recaudo metodológico, la **asunción de que** las opiniones del equipo pueden influir la lectura de la realidad que se realiza, motivo por el cual se va clarificando su posición a cada paso de la investigación. Asimismo se advierte que, tal como sucede en toda investigación, ciertas cuestiones adquieren mayor relevancia **que otras, y requieren un análisis más exhaustivo que el diseño original, y que es necesario recurrir a criterios de “flexibilidad -plasticidad”, para alcanzar los mejores logros en la investigación. Estas modificaciones forman parte de los trabajos que utilizan metodología cualitativa.** En lo relativo a las cuestiones concernientes a la generalización y la representatividad de los casos, cabe consignar que el objetivo planteado no consiste en realizar generalizaciones de los casos observados, sino en acercarnos a una mejor comprensión de cómo se desarrolla en cada entrevistado/a la problemática en cuestión.(de Souza Minayo M.C. 1997) (Vasilachis de Gialdino, I., 2003).

Se ha utilizado un **modelo de análisis de investigación de casos** que es “*un estudio en profundidad de las características de un fenómeno determinado para facilitar su comprensión*” (Vasilachis de Gialdino, I., 2003). Este modelo incluye un **diseño longitudinal** en tanto recoge la información a lo largo de un período establecido de tiempo, y registros de los acontecimientos en el mismo momento en que se han ido produciendo. Se ha utilizado un **muestreo intencional** (no probabilístico), es decir que los casos se han seleccionado según los criterios identificados como los más pertinentes para el estudio realizado, y no de manera azarosa. Se trata de una **investigación de campo**, vale decir, una investigación empírica realizada en el lugar donde ocurre el fenómeno, disponiendo de instrumentos para dar cuenta de él. Tal como se mencionó anteriormente, se han incorporado elementos de **Investigación Acción Participante** (IAP) que se puede definir como “*un tipo de investigación social con base empírica que es concebida y realizada en estrecha asociación con una acción o con una solución de un problema colectivo y en el cual los/as investigadores/as y los/as participantes representativos/as de la investigación o problema están involucrados de un modo cooperativo o participativo*” (Montero, M. 1994, 2004).

Relevamiento de la información

Se han utilizado como instrumentos de recolección de datos entrevistas individuales y grupales, observación participante y observación no participante. Se ha prestando especial atención en incluir distintas fuentes de información tales como profesionales, personal admis-

trativo y usuarias que cubran los diversos aspectos del fenómeno abordado, partiendo de las exigencias metodológicas adecuadas para indagar dicha diversidad.

Trabajo de campo

Se trabajó con diferentes efectores del “ámbito de la salud” de la ciudad de Buenos Aires. Para la indagación se dividió al equipo de investigación en cuatro subequipos que se desempeñaron en los diversos programas con los cuales se estableció un convenio de trabajo⁵, tomando como antecedente diferentes actividades conjuntas que el equipo había realizado en los años precedentes a este proyecto. El criterio básico común para la elección de cada experiencia fue la factibilidad de acceso a la misma y contar con diversidad de prácticas que permitiesen abarcar distintos aspectos del “ámbito de salud”. Este concepto refiere a los efectores que producen salud aun cuando los mismos no pertenezcan necesariamente al Sistema de Servicios de Salud (La Rosa L, 2004).

1-Programa Buenos Aires en Movimiento de la Dirección General de Promoción de Actividades Deportivas de la Subsecretaría de Deportes, de la Secretaría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires⁶. Es un programa de trabajo en las plazas de la Ciudad que promueve la concepción del ejercicio físico en grupo como espacio de socialización, de adquisición de placer en el movimiento, de empoderamiento ciudadano y de actuación sobre el sedentarismo considerándolo uno de los determinantes de riesgo para la salud de la población.

2-Programa de Salud Comunitaria y Género de la Dirección General de la Mujer del Ministerio Derechos Humanos y Sociales de la Ciudad⁷. Es un programa que incluye promoción y detección de los problemas en salud sexual y reproductiva, tratamiento de adicciones de mujeres, tratamientos de violencia familiar, de salud mental y grupos de autoayuda de problemáticas vitales ligadas a ciclos etarios y a condiciones de vida.

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

⁵ Queda a disposición de los evaluadores la certificación de estos acuerdos.

⁶ A partir de Diciembre 2007 el Programa Buenos Aires en Movimiento de la Dirección General de Actividades Deportivas de la Subsecretaría de Deportes, pasa a depender del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

⁷ Desde diciembre 2007 se estructura como **Central de Llamadas y Promoción de los Derechos a la Salud** (ex área Salud Comunitaria y Género) del Plan de Igualdad de Oportunidades de la Dirección General de la Mujer del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

de la salud.

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

ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

Durante 2007, y conforme a uno de los objetivos de la investigación, se organizó y desarrolló una **Red de Técnicos y Diplomados/as en Género, Salud y Subjetividad**. En este marco se realizaron las siguientes presentaciones:

“Subjetividad, Género y Derechos Humanos en Salud Integral de las Mujeres. Sobre la distancia existente entre las normas legales y sus representaciones en el imaginario social”. Lic. Mariana Fontenla. Maestría Psicología Social Comunitaria. Fac. Psicología, UBA - Becaria de Maestría de este Proyecto. Directora de la Beca: Mag. Débora Tajer.

“Anorexia y Bulimia, enfermedades de Mujeres. Revisión de la Psicopatología Femenina desde la Perspectiva de Género”. Lic. María Luisa Pérez. Maestría El poder y la sociedad desde la problemática del Género. Facultad de Humanidades y Artes. Universidad Nacional del Rosario. Co-directora Mag. Débora Tajer.

“Género y construcción del riesgo de enfermedad coronaria en adultos jóvenes”. Magíster Débora Tajer, Doctorado en Psicología, UBA. Directora del Proyecto. Director de Tesis: Dr. José Carlos Escudero.

“Accesibilidad a los Servicios de Salud y Dignidad en la Atención de la población travesti, trabajadora sexual y su situación frente al VIH/SIDA y/u otras ITS”, Lic. Martín Engelman. Becario de Doctorado en Psicología, UBA. Directora del Proyecto: Dra Diana Maffia. Codirectora: Lic. Alicia Stolkiner.

“Infancia, violencia y género: Análisis de discursos parentales”. Lic. Alejandra Lo Russo. Maestría en Ciencias Sociales y Salud CEDES- FLACSO. Directora de Tesis Mag. Débora Tajer.

“Construcciones del deseo de maternidad de las mujeres de hoy. ¿Nuevas prácticas, nuevas representaciones?”. Tesis de Maestría en Psicoanálisis. Universidad Nacional de la Matanza y Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Lic. Graciela Reid. Directora de Tesis: Mag. Débora Tajer.

Por otro lado, y a los fines de medir las prácticas de promoción, atención y rehabilitación en salud, se elaboraron **guías de preguntas** para las entrevistas con informantes clave, profesionales y usuarias de cada sede. A través de las mismas, se indagó sobre los ejes de ciudadanía, equidad, integralidad, accesibilidad, calidad de vida, condiciones de vida, ciclo de vida, autonomía y derechos. Estos ejes han sido planteados en correlación con la escala de medición de integralidad y equidad

de género que este equipo de investigación ha construido como uno de los insumos de la investigación.

Con el propósito de promover un circuito de retroalimentación que vincule a los equipos de los diferentes programas, se presentó en cada uno de ellos el esquema general de trabajo, la metodología y los objetivos que guían el estudio. Otro de los medios utilizados para vincular los programas entre sí, fue la realización de una “**Jornada de Intercambio de Experiencias Interprogramas**”. Esta Jornada se desarrolló en diciembre de 2007 en el Auditorio de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad. Fue organizada por el equipo de investigación, y convocó a los/as coordinadores/as y técnicos de los diferentes programas con los que se está trabajando. La presentación general estuvo a cargo de la Directora de éste proyecto. Cada uno de los coordinadores de programa expuso el trabajo que realiza, enunció cuales son los servicios que brinda, las posibilidades de trabajo y las dificultades que atraviesan para la consecución de sus objetivos institucionales. Una de las dificultades halladas en el trabajo diario señalada en forma recurrente fue la falta de articulación entre los distintos niveles.

Se refirieron a que “en la ciudad hay gran cantidad de recursos, pero que no se aprovechan” y que dicha situación genera un doble trabajo: “estar viendo lo que uno hace y, al mismo tiempo, buscar qué recursos hay, cuáles no y ver qué hacen otros programas”. Por otro lado, señalaron el interés de estos equipos respecto de la investigación en curso. En términos generales mostraron entusiasmo en recibir una mirada externa sobre el trabajo que realizan, así como también poder articular con los otros programas que están trabajando en el “ámbito de la salud” con una mirada integral. Una de las conclusiones a las que se arribó durante la Jornada es que existen numerosas personas y equipos que trabajan en salud desde una perspectiva integral, pero haría falta “generar espacios de encuentro, reflexión conjunta y articulación entre los recursos existentes para poder potenciar los esfuerzos individuales”. Esta reflexión coincide con una de las hipótesis de trabajo previas del equipo de investigación, señalada en el proyecto.

En lo que respecta al estado actual del **trabajo de campo**, se encuentran finalizadas las entrevistas y observaciones participantes y no-participantes, en los cuatro programas seleccionados y mencionados anteriormente. Se ha avanzado con las desgrabaciones y la puesta a punto del material obtenido. Dado que aún no se ha podido realizar el análisis final y extraer las conclusiones pertinentes, se presentan a continuación algunos avances de información preliminar obtenidos hasta la fecha, diferenciados por programa.

1- PROGRAMA BUENOS AIRES EN MOVIMIENTO

Desde la coordinación del programa Buenos Aires en Movimiento se estimó conveniente que el equipo de in-

vestigación trabajase con la sede de Plaza Irlanda. El motivo de la elección de la misma fue su antigüedad, que data del comienzo del Programa, hace cinco años. Se realizó una entrevista inicial de contacto y primeros acuerdos con la coordinadora del programa. Luego se consideró necesario e importante, por la metodología participativa de este proyecto, que la Investigación en general fuera presentada a los integrantes de todo el Programa (incluyendo todas las sedes). Fuimos invitados a realizar esta presentación durante la reunión semanal de coordinación y organización general de las actividades, que sostiene el equipo. Una vez establecido el contacto y presentado el proyecto, se comenzaron las entrevistas del trabajo de campo específicamente, en la sede de Plaza Irlanda. Allí se tomaron las entrevistas, algunas individuales y otras grupales, a la coordinación, profesores/as de la sede, ayudante logística de la sede y usuarias. Para complementar el trabajo de campo, se realizaron dos observaciones no-participantes, una de ellas se llevó a cabo en el festejo por el día de la primavera, y otra en el marco de las celebraciones de fin de año. Ambos eventos convocaron la participación de los/as miembros/as de todas las sedes.

La propuesta de trabajo fue muy bien recibida desde la coordinación del programa como así también por todas/os las/os entrevistadas/os. En términos generales participaron con entusiasmo y colaboración, brindando, de forma atenta y franca, la información que les fuimos solicitando. Tanto las usuarias como las/os profesoras/es, expresaron gratitud respecto del programa y la intención de dar a conocer las actividades que realizan y sus beneficios. El equipo del programa mostró interés en recibir información que les ayude a mejorar el servicio, específicamente en cuanto a la evaluación del mismo. Con tal motivo, solicitó ayuda para asesoramiento metodológico para poder mejorar una “Encuesta de Bienestar” que vienen implementando desde hace algunos años.

Las actividades se realizan en base a dos grupos de trabajo: uno de mayor impacto físico y el otro, con estímulos más leves, dirigidos principalmente a trabajar la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación, con una frecuencia de dos veces los días de semana, mientras que los fines de semana las actividades incorporan música y otros materiales lúdicos con el fin de atraer más gente que se “adhiera” a la actividad durante la semana.

Si bien el programa en su formulación no está destinado exclusivamente a un público femenino, sino a “adultos capaces físicamente”⁸, la población que se acerca a la sede son en su mayoría mujeres. Refieren que “de un grupo de 50, 5 son varones”, entre los cuarenta y los sesenta años. También hay algunas mujeres más jóvenes, y otras mayores a las edades señaladas. El primer argumento que utilizan las/os entrevistadas/os para explicar

⁸ Se les solicita estrictamente la presentación de un certificado de salud que los habilite para la actividad.

la diferencia en la participación entre mujeres y varones en un programa abierto a los ambos sexos, es “*la disponibilidad de tiempo*”. En segunda instancia suponen que la actividad física de este estilo se asocia a lo femenino: “*el varón, el trabajo físico lo hace a través de la musculación o el deporte como el fútbol o el tenis*”. Asimismo, nos relatan que “*las mujeres tienen mayor registro del cuidado del cuerpo*” y que “*muchas mujeres vienen, al principio, por la estética*”. Desde nuestra perspectiva podemos destacar que en la propuesta de estos profesionales coexisten dos ideas contrapuestas: plantean un programa para todos, aunque los horarios sugeridos, son solo accesibles a un grupo. Proponen actividades físicas “para todos”, pero eligen aquellas para las cuales saben que sólo se sentirán convocadas las mujeres. La sede articula sus actividades y recursos con organismos gubernamentales del sector salud y con organizaciones barriales de la sociedad civil, como ser clubes, centros de jubilados, entre otros. En el primero de los casos, se trata de una articulación formal que se manifiesta en la presencia de la sede de personal médico. También se organizan actividades de tipo taller, sobre diversos temas relacionados con la prevención y la promoción de la salud (nutrición, enfermedades cardiovasculares, etc.). Otra forma en la que se articulan y promueven actividades relacionadas con la salud integral es a través de Internet. Para estos fines se formó un grupo de correo electrónico de acceso restringido, mediante el cual se mantienen en contacto las/os usuarias/os y profesores/as.

El acceso a la actividad deportiva sin mediar *pago de bolsillo*⁹ (no aparece pie de página) es considerado por usuarias y profesionales, como un derecho de todo/a ciudadano/a de la Ciudad de Buenos Aires, y afirman que actividades de este tipo “*tendrían que existir en todos los barrios*”. También resaltan que el pago de impuestos tiene que volver a los/as ciudadanos/as en este tipo de actividades que promueven la salud, con el beneficio de descongestionar al sector salud y reducir el gasto público al prevenir enfermedades cuyo tratamiento posterior, en caso de producirse, generaría mas gasto.

Los/as entrevistados/as en general defienden el uso del espacio público, que entienden como un derecho ciudadano, y es por eso que participan muy activamente del cuidado de la plaza, desde su propio accionar así como sensibilizando a otros/as usuarios/as de la plaza sobre esta cuestión. También se observó que tienen gran conciencia sobre los derechos de los trabajadores, entre los cuales incluyen a sus profesores, y sobre la importancia de la lucha conjunta para su reivindicación. Por ejemplo, las usuarias del programa se movilizaron numerosas veces y con distintos medios (cartas, firmas, manifestaciones) para defender la regularidad de los contratos de los/as profesores/as y la continuidad del programa. Así-

mismo, manifiestan que la salud es un derecho que debe estar protegido por el Estado, aunque desconocen que este derecho está garantizado y escrito en el ordenamiento jurídico de la ciudad. Por ejemplo, expresaron no tener noción de la existencia y contenidos de Ley Básica de Salud del Ciudad de Buenos Aires. Al encontrarse con la noticia de que los derechos en los que creen y aspiran están garantizados por ley, mostraron interés en conocer el aspecto jurídico que protege la salud.

2- PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA Y GÉNERO

El trabajo con la Dirección General de la Mujer (DGMuj) se centró en el “Programa de Prevención del Cáncer Génito-mamario”, dependiente del Área Salud Comunitaria y Género y de la “central de llamadas”. Esta actividad lleva diez años de funcionamiento y es producto de un acuerdo entre esa Dirección (Perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social -antes Ministerio de Derechos Humanos y Sociales) y el Ministerio de Salud de la Ciudad. Su objetivo primordial es ofrecer a mujeres el acceso (vía telefónica a través de un 0800) a un examen ginecológico que incluya el test de papanicolau y las mamografías para prevenir el cáncer genito-mamario. La propuesta consiste en que las mujeres puedan llamar a un número gratuito para obtener el turno para los exámenes correspondientes, los cuales se realizan en uno de los seis hospitales de la ciudad incluidos en el programa. Una vez obtenido el turno, cada mujer se dirige al hospital donde es recibida por una delegada de la DGMuj, quien toma sus datos, y elabora una ficha que utilizará el profesional que realiza los exámenes. Además de garantizar la realización de los estudios, es prioridad del programa detectar inquietudes y dudas de las usuarias acerca de otros temas ligados a su salud, especialmente a la salud sexual y, en caso de ser necesario, realizar las derivaciones pertinentes.

En términos generales, la recepción de los equipos hacia las/os investigadoras/es fue muy buena; tanto en los contactos preliminares como en las diversas entrevistas realizadas. Estas entrevistas se han efectuado en espacios facilitados desde el programa, excepto las entrevistas a usuarias que se han hecho en los hospitales. No han existido obstáculos significativos en cuanto al establecimiento de horarios y lugares para realizar las entrevistas que se han efectuado de acuerdo a la siguiente secuencia: un encuentro grupal de presentación del Proyecto (representantes de la Dirección, coordinación de las áreas implicadas y profesionales), una entrevista grupal a las coordinadoras del Área Salud Comunitaria y Género y de la Central de Llamadas, una entrevista grupal a operadoras telefónicas, una entrevista individual a la responsable del programa en los hospitales, una entrevista grupal a las delegadas de la DGMuj en los hospitales, una entrevista individual a usuaria, una entrevista grupal a usuarias, y una entrevista frustrada a

⁹ Uno de los principios básicos de adquisición del derecho universal a la salud.

una usuaria, por oposición del marido.

Se ha observado, como mencionamos anteriormente, una muy buena recepción de la propuesta de trabajo, detectando una gran necesidad por parte de los equipos profesionales del aporte y modificaciones que pudieran suscitarse como efecto de la investigación. Como consecuencia han suministrado toda la información requerida, no sólo en las entrevistas, sino que además facilitaron el acceso a la documentación escrita referida a los servicios prestados desde el programa, resaltando aquellas fallas o dificultades que encuentran para implementar las acciones propuestas, ya sea por problemas derivados del diseño o de la ejecución de las actividades.

De acuerdo a lo relevado se han advertido deficiencias en la organización del programa, derivadas de una insuficiente integración entre los diferentes niveles que la conforman, e incluye una relación conflictiva con el Ministerio de Salud, sucesivos cambios en las Direcciones a nivel local, la ausencia de políticas claras con respecto a esta temática, como también dificultades de articulación entre operadoras y delegadas en los hospitales. También hay que considerar un reclamo histórico por capacitación profesional, provisión de espacios físicos y recursos materiales necesarios para desarrollar la tarea *"en forma digna"*.

Una de las consecuencias observables de la situación descripta es la fragmentación de la tarea, y por consiguiente la imposibilidad de brindar atención de manera integrada e integral. Cada delegada parece regirse por lógicas y argumentos propios derivados más de experiencias y creencias personales acerca de cuál es su rol y qué lugar que hay que adjudicarles a las usuarias, que de argumentos derivados de políticas públicas con perspectiva de género y derechos.

Dentro de este contexto es evidente el desconocimiento que existe -en especial entre las delegadas- de la legislación vigente en materia de salud sexual. Si bien, muchas de ellas están capacitadas en problemáticas de género, pocas lo manifiestan porque dicen que en los hospitales *"esos temas tienen mala prensa"*. Con esto se percibe un discurso diverso y desarticulado en relación al dispositivo, el rol y el modo en que este debe instrumentarse.

Desde el punto de vista de las usuarias, se evidencia falta de acceso a la información sobre el funcionamiento de los servicios existentes, desconocimiento de sus derechos en torno a temas de salud sexual. Esto es producto, en parte, de la ausencia de difusión del programa, lo cual se convierte en otra variable que favorece la inequidad. También existe una "no" difusión, entendida desde los equipos como intencional -detectada a lo largo de las últimas gestiones- por temor a una demanda masiva de consultas, que no podrían ser satisfechas por las razones anteriormente citadas (fundamentalmente falta de recursos).

Si bien, la modalidad establecida de ingreso de las mu-

jeress al programa es a través de la "Línea Derecho a la Salud" (0800), *muchas mujeres han creado su propia ruta* ingresando al mismo a través de turnos otorgados en forma espontánea. Se han detectado diferencias sustanciales entre aquellas usuarias que ingresan a través de la línea telefónica y aquellas que lo hacen en forma espontánea. Estas últimas suelen ser mujeres con menos grados de ciudadanización (Tajer, D. 2004) que no tenían previsto realizarse el chequeo y *"pasaron por allí y se anotaron"*.

La realización del encuentro interprogramas, anteriormente referido, planificado desde el proyecto fue evaluado positivamente por este programa. La DGMuj evaluó que tuvo como ganancia específica el comenzar a pactar reuniones de trabajo, a partir de las cuales derivaron actividades conjuntas, con el programa "Buenos Aires en Movimiento". De estas actividades podemos destacar dos, la primera de fin de año 2007, el 14 de diciembre en la Plaza Chacabuco y la segunda el 9 de marzo de 2008 en los Bosques de Palermo, por la conmemoración del día Internacional de la Mujer.

3- RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (RIEPS)

El proceso de trabajo del equipo de investigación con la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS) dependiente de la Dirección da Capacitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con sede en el CESAC N°12 perteneciente del Área Programática del Hospital Pirovano, consistió en la realización de una entrevista de contrato con el equipo de la residencia junto con el personal de planta permanente que trabaja en articulación con ella, cuatro entrevistas a profesionales: Jefa de residentes (Trabajadora Social) como informante clave, residente de 2º año (Antropóloga), una Psicopedagoga y un Ginecólogo de planta, tres entrevistas a usuarias (una de estas entrevistas fue con dispositivo grupal), y una entrevista a una empleada administrativa.

La RIEPS ha manifestado gran interés en participar de la investigación, ya que reconoce que tiene escaso desarrollo en esta área y le gustaría incrementarla. Para seleccionar la sede de la RIEPS con la cual trabajaríamos, el criterio utilizado de base fue el alto grado de integración en las prácticas entre la Residencia y los profesionales de planta del Centro de Salud seleccionado, lo cual se consignó como uno de los objetivos conjuntos de trabajo que el proceso de investigación pueda contribuir a potenciar el trabajo conjunto ya existente. El equipo de profesionales del CESAC tomó con interés la propuesta en tanto se hicieran devoluciones que apoyaran sus tareas. En este sentido, la Directora del equipo coordinó un taller sobre metodología de la investigación cualitativa en salud dirigida al equipo que participa de este proceso de trabajo, cuya realización se efectuó con gran aceptación en noviembre de 2007. El taller fue

realizado tomando como “caso” el modelo de diseño de esta investigación.

Como parte de la implementación de metodología participativa se ha escogido la definición conjunta del objeto de trabajo. En este caso, el equipo de investigación, la RIEPS y los/as profesionales de planta del CESAC convinieron en trabajar sobre el “Programa de Salud Sexual y Reproductiva”. Elección que se hizo sobre la base de que es en este programa en cual mejor han podido articular el trabajo conjunto entre “planta” y residencia.

De las entrevistas realizadas a profesionales residentes y de planta se desprende el proceso de integración entre la RIEPS y el CESAC. Asimismo se caracterizaron las actividades, que se componen por los “grupos de primera vez” que consisten en un grupo informativo sobre el programa y los métodos anticonceptivos. Cabe señalar que este grupo precede a la primera consulta ginecológica. También existe otro grupo abierto a las usuarias en general de “segunda vez”, donde se tratan temas puntuales como derechos sexuales y aborto. A su vez, está el espacio asistencial de consulta ginecológica, la entrega de los métodos anticonceptivos y el trabajo “extra-mural”, realizado en escuelas, hoteles y hogares.

La población “real” que se acerca al programa es en su mayoría femenina. En relación a la escasa concurrencia masculina al programa, la misma se plantea “como interrogante y al mismo tiempo como un tema a trabajar”.

Los/as profesionales involucrados/as en estas tareas conocen las leyes y el marco de derechos con el cual se rige el “Programa de Salud Sexual y Reproductiva del GCBA”, acordando en la gratuidad del servicio como un tema de derecho a la salud. Por su parte señalan que para implementar el mismo, les es mas difícil articular con el Hospital de referencia, presentando mayor facilidad en el trabajo comunitario con escuelas, hogares zonales, hoteles e inquilinatos. La línea general de trabajo es considerar a la salud sexual y reproductiva en un sentido amplio, sin reducirlo al acceso a los métodos anticonceptivos. Y en cuanto a la accesibilidad, se coincidió en la valorización en términos de equidad, de la gratuidad de la atención.

Cabe destacar que se valoró de manera disímil el trabajo con las usuarias utilizando metodología participativa, de acuerdo a la procedencia disciplinar de los/as profesionales. Los/as profesionales de planta y residentes provenientes de las ciencias sociales valoraron más positivamente este modo de trabajo que el profesional médico entrevistado. De lo relevado, se expresa que el motivo de consulta principal es la búsqueda de un método anticonceptivo y que la mayoría de las mujeres que concurren se encuentran en edad fértil.

De las entrevistas realizadas a las usuarias se destaca que lo más valioso del programa es “recibir información, acceder a los controles ginecológicos y a los métodos anticonceptivos”. A su vez hay acuerdo con la gratuidad de los servicios, aspecto que desde las usuarias se vin-

cula con “la carencia de recursos económicos”, no estableciendo referencias a que la misma se corresponde con un derecho. Notándose en general, un desconocimiento de las leyes y el marco regulatorio de los programas y prácticas de salud sexual y reproductiva.

Las entrevistadas accedieron al CESAC por diversas razones entre las cuales se destacan: conocerlo “por ser vecinas del barrio” (vivir en hogares, inquilinatos, etc.), por “ser pacientes del Hospital”, por “estar asesoradas por agrupaciones de defensa de los derechos de las mujeres” y “por vivir en la provincia de Buenos Aires y esta cerca del tren”.

De la entrevista con una administrativa, se observó que desde esa función existe articulación con el equipo de salud. Señalando que los servicios más requeridos del programa de Salud Sexual y Reproductiva son el acceso a anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual. Expresando un conocimiento general sobre el programa, no así del marco de derechos que lo regula. Finalmente se menciona el desconocimiento del recorrido que hacen las mujeres antes de llegar al programa, así como se expresa la falta de conocimiento sobre la interdependencia institucional entre el CESAC y el Hospital, esto es la existencia de un sistema de salud del cual estos efectores hacen parte. En esta entrevista también se expresa la coincidencia con la valoración sobre la no mediación de pago de bolsillo por las prácticas.

4- FEDERACIÓN ARGENTINA DE MÉDICOS GENERALISTAS

Dicha institución reúne a los/as médicos/as generalistas que trabaja mayormente en Atención Primaria de todo el país. Se realizaron múltiples contactos con un representante de la Federación, con el cual se definió el Centro de Salud más viable para la realización del trabajo de campo, coincidiendo con la incorporación por concurso “a planta” de algunos/as médicos/as de la Federación. El Centro seleccionado fue el Cesac 35 dependiente del Área Programática del Hospital Penna. Hubieron múltiples dificultades que demoraron la realización del trabajo de campo. Una vez que se pudo concretar, se realizó un primer encuentro de presentación del equipo de investigación y del proyecto a todo el staff profesional y administrativo del CESAC (personal de planta, residentes, promotoras de salud y administrativas). Posteriormente se realizó un encuentro de presentación a la Directora del CESAC. Por último, una visita a la oficina del Área Programática en el Hospital Penna, con el objetivo de obtener las autorizaciones correspondientes.

En cuanto a las actividades específicas de recolección de datos se realizaron una entrevista individual a la Directora del Centro, una entrevista individual a usuaria, una entrevista grupal a Profesionales del Equipo, una entrevista grupal a Promotoras de Salud, y observaciones no - participantes en sala de espera y en la oficina

de los/as profesionales.

En estos encuentros se percibió una muy buena predisposición e interés por parte del equipo del CESAC para colaborar y participar de esta investigación. Asimismo, parte del staff profesional (de planta y residentes) expresaron variadas demandas al equipo de investigación relacionadas con necesidades de capacitación en perspectiva de género y salud, y también la necesidad de apoyo institucional para mejorar el funcionamiento en equipo, implementar la interdisciplina e instalar un espacio de reflexión y encuentro para el mismo.

En cuanto a las actividades desarrolladas en este CESAC, se extienden en el horario de 8 a 17 horas, y se describen programas locales: trabajo con comedores, con adolescentes, control de niño sano, PAP, Salud sexual y reproductiva, talleres con diabéticos, actividad de crianza y salud escolar. Son aproximadamente siete u ocho programas "*bajados de nivel central*". Además hay otras actividades no institucionalizadas -no pertenecientes a programas- que, por este carácter, demandan más tiempo y esfuerzo, pues son iniciativas autónomas y específicas del centro. Por ejemplo, un trabajo con tabaquismo que comenzaron a realizar uno de los médicos generalistas junto a una psicóloga, al enterarse que contaban a través del hospital "*con medicación para dejar de fumar*". En lo que refiere a los programas que están pautados desde nivel central, están identificados los indicadores de aquellas cuestiones relevantes que hay que evaluar, y se lleva un registro que hace en el propio Centro. Por lo general, creen "*que hay recursos materiales pero que no son bien utilizados, porque no hay racionalidad en el uso de los mismos*". Acerca de la población destinataria de los servicios, según la percepción general, en su mayoría son "*mujeres y niños*". Percepción que coincide con la corroboración de las observaciones realizadas por las investigadoras en la sala de espera.

Asimismo, afirman que en relación a otros centros, al CESAC 35 "*se acerca una cantidad importante de varones, no obstante este número nunca es mayor que la cantidad de mujeres*". No encontrando desde su percepción, barreras de acceso u horario para los varones. También refieren que una parte importante de la población que llega al CESAC, y que vive en su zona de influencia, es migrante o hijos de migrantes, fundamentalmente bolivianos y paraguayos.

Existe la inquietud en los profesionales del Centro sobre si su responsabilidad, en cuanto a la asistencia de la salud, se limita a la población que concurre a él o a toda la población de la zona que le compete y que no acude a él. Y tienen la impresión que la gente que concurre "*no es mucha en comparación con la cantidad que vive en el barrio*".

El CESAC articula sus actividades con otros Centros de salud, con el Hospital Penna y otros organismos gubernamentales del sector salud y otros como educación,

desarrollo social, justicia, etc. Esta articulación es puntual y no sistemática, es decir se realiza por necesidades que surgen ocasionalmente de la asistencia a la población y que no puede ser resuelta con los recursos humanos y materiales disponibles en el CESAC. Describiendo un funcionamiento dificultoso en cuanto a la referencia y contrarreferencia de pacientes.

También describen articulación informal con organizaciones barriales (comedores y clubes) fundamentalmente a través de las promotoras de salud, las cuales son miembros de la comunidad. Las promotoras provienen del "Plan Trabajar" y han optado por dar prestación en el sector salud. Esta actividad es altamente valorada por ellas y sentida como satisfactoria. En esta articulación informal se realizan actividades de prevención y promoción de la salud (por ejemplo salud sexual y reproductiva) a las cuales concurren mayoritariamente mujeres, y actividades recreativas (fútbol con adolescentes, en su totalidad varones).

Los servicios prestados por el CESAC, son totalmente gratuitos, y desde los profesionales la salud es considerada como un derecho. Por su parte las promotoras y usuarias resaltan la extrema situación de pobreza de la población lo cual ameritaría la gratuidad de los servicios, es decir fundamentan la gratuidad en la necesidad de la población y solidaridad que debe tener el gobierno "*con los mas necesitados*", no haciendo referencia a la misma como un derecho de ciudadanía.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Del análisis preliminar del material obtenido aquí presentado, podemos señalar a modo de síntesis, que revela diversos modos en los cuales la diferencia de género puede transformarse en inequidad en salud, uno de cuyos ejemplos lo constituye la escasa presencia de usuarios varones en programas de promoción y del primer nivel de atención realizados para público en general. Al mismo tiempo, esta investigación focalizada a los modelos de atención a mujeres, evidencia los modos reales de abordaje de la salud de las mismas en los diferentes programas que las tienen como usuarias privilegiadas. Haciendo especial hincapié en la diferenciación entre "atender mujeres" e "incluir perspectiva de género en los modelos de atención". Asimismo, pone en evidencia el "camino espontáneo" que arman las usuarias de los servicios en su búsqueda por satisfacer sus necesidades de salud, mas allá de las dificultades de articulación institucional entre los diversos efectores. Cabe consignar que la información mas amplia, en la actualidad, está siendo analizada y sintetizada y se espera su difusión para una ulterior publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caravantes, L. (2000). Violencia Intrafamiliar en la reforma del sector salud de Centro América. En Costa A.M., Tajer D., Hamman E. (organizadores), *Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas* (pp. 227-238). Brasilia: Qualidade Editora.
- Costa, A.M. y Aquino, E.L. (2000). Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. En Costa A.M., Tajer D., Hamman E. (organizadores), *Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas* (pp. 181-199). Brasilia: Qualidade Editora.
- Costa, A.M. (2004). *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil* (Tese de Doutoramento). Brasilia: Universidade de Brasilia.
- De los Ríos, R. (1995). Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. En Organización Panamericana de la Salud Publicación Científica Nº 541 *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Washington: OPS.
- De Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar.
- Fernández, A.M. (1999). Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad. En Fernández, A.M. y Otros. *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Godoy Fonseca, R.M. (1997). Da Saúde Pública à Saúde Coletiva, da Saúde Materna à Saúde da Mulher. En D. Tajer, R. Ynoub, M.Huggins (Comp.) *Oficina de Género y Salud Colectiva*. Buenos Aires: ALAMES-IDRC.
- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana en Salud Pública, 11, 5-6.
- Gómez Gómez, E. (1994). La salud y las mujeres en América latina y el caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques. Serie *Mujer y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud*, 17.
- La Rosa, L. (2004). Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de equidad de género. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género y Salud.
- Menéndez, E.L. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia, F. y otros, *La salud de los trabajadores* (pp 11-53). Ciudad de México: Nueva Imagen.
- Montero, M. (1994, julio). *Investigación-Acción Participante. La unión entre conocimiento popular y conocimiento científico*. Conferencia presentada en el XXIII Congreso Internacional de psicología aplicada, Madrid, España.
- Montero, M. (2004). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1989) Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. En Jodelet, D. *Les représentations sociales*. París: PUF.
- Moscovici, S. (2001) *Social Representations: Explorations in social Psychology*. New York: New York University Press.
- Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo-PIDHDD, Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES (2004), "Informe: Derecho a la Salud: Situación en países de América Latina", Bogotá,
- Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Departamento de Epidemiología, Dirección General Adjunta de Atención Primaria en Salud. (2004). *"Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2003"*. Buenos Aires.
- Standing, H.; Baume, E.; Juarez, M. (2001). Gender and health equity network. Gender and Health equity resource guide. Documento de Trabajo IDS, Sussex.
- Tajer, D. (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En *Políticas Públicas, Mujer y Salud* (pp 27-39) Popayán: Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC.
- Tajer, D. (1998-1999). *Mujeres, varones y enfermedad cardiovascular. Aportes epidemiológicos desde la salud mental y la perspectiva de género a la explicación de la incidencia diferencial por sexos de enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes*. (Proyecto UBACyT P). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Tajer, D. (2000a). Mujeres, Varones y enfermedad cardiovascular. En G. Zaldúa (Coordinadora) *Género y salud*, (pp 81-94, Buenos Aires: Eudeba.
- Tajer, D. (2000b). *Género y construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares en adultos jóvenes* (Proyecto UBACyT PJ08). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Tajer, D. (2001-2003). *Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares* (UBACyT PS 037). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Tajer, D. (2002) *Equidad de Género en la calidad de atención en los pacientes cardiovasculares*. X Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 215-222. ISSN 0329-5885.
- Tajer, D. (2003) *Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares- 2da parte*. XI Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 271-282. ISSN 0329-5885.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2003) *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*, Barcelona: Gedisa.

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2008

Fecha de aceptación: 30 de mayo de 2008