

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Equidad de género en la calidad de atención de niños y niñas. Parte 3.

Tajer, Debora, Reid, Graciela Beatriz, Gaba, Mariana Raquel, Lo Russo, Alejandra Isabel, Attardo, Clara, Solis, Mónica, Cuadra, María Eugenia, Ceneri, Elizabeth Verónica, Torres, Adriana y Jeifetz, Vanesa.

Cita:

Tajer, Debora, Reid, Graciela Beatriz, Gaba, Mariana Raquel, Lo Russo, Alejandra Isabel, Attardo, Clara, Solis, Mónica, Cuadra, María Eugenia, Ceneri, Elizabeth Verónica, Torres, Adriana y Jeifetz, Vanesa (2013). *Equidad de género en la calidad de atención de niños y niñas. Parte 3. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/308>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EQUIDAD DE GÉNERO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS. PARTE 3

Tajer, Debora; Reid, Graciela Beatriz; Gaba, Mariana Raquel; Lo Russo, Alejandra Isabel; Attardo, Clara; Solis, Mónica; Cuadra, María Eugenia; Ceneri, Elizabeth Verónica; Torres, Adriana; Jeifetz, Vanesa
Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

En la Argentina existen muchos avances en la incorporación de los aspectos psicológicos y sociales en la atención de la salud en la infancia. Sin embargo, dichos avances aún no han incluido de manera significativa la perspectiva de género en la atención, tal como lo promueven los consensos internacionales. (Sen & Östlin, 2007) Con el fin de medir el grado en el cual estos avances han sido incorporados en las prácticas, esta investigación intenta identificar el modo en el cual los/as profesionales de salud que atienden niños/as, han incorporado este bagaje en su práctica cotidiana. Los ejes escogidos son: epidemiología diferencial por género, roles de género, modos de crianza e impacto en la salud infantil, violencia y abuso y trastornos de identidad de género. Esta investigación tiene un carácter exploratorio-descriptivo, se utiliza metodología cualitativa para la recolección y el análisis de la información.

Palabras clave

Infancia, Género, Salud, Atención

Abstract

GENDER EQUITY IN CHILDREN HEALTH CARE QUALITY- PART 3

In Argentina there are many advances in the incorporation of psychological and social aspects to health attention to children. However, these advances have not included in a significative way the gender perspective in attention, as is promoted by international consensus (Sen & Ostlin, 2007) With the objective to measure the degree in which these advances have been incorporated in practice, this research tries to identify the way in which professionals who attend children have incorporated this knowledge in their daily practices. The dimensions chosen to research were: differential epidemiology by gender, gender roles, ways of child rearing and their impact in health, violence and abuse, and gender identity disorders. This research has an exploratory and qualitative approach.

Key words

Childhood, Gender, Health, Care

Este artículo presenta nuevos avances de la investigación en curso, la cual cuenta con tres componentes principales:

- Un relevamiento del estado actual del conocimiento sobre el tema.
- La indagación de los imaginarios de los/as profesionales entrevistados/as sobre cinco ejes temáticos (epidemiología diferencial por género, roles de género, modos de crianza e impacto en la salud infantil, violencia y abuso, trastornos de identidad de género).
- Consolidación de una Red de tesis y diplomandos/as en género, salud y subjetividad que comenzó hace 5 años en el marco de una investigación previa.

En este trabajo se presentarán resultados parciales obtenidos en estos tres componentes.

a. Estado actual del conocimiento sobre el tema

Se ha podido relevar que en la actualidad, el conocimiento acerca de los trastornos en la identidad de género (intersexualidad, transexualidad, travestismo) señala que los mismos implican un conflicto entre el sexo físico real de una persona y el sexo con el que ésta se identifica. Se ha podido observar en los escritos médicos actuales un esfuerzo por modificar opiniones y prácticas tradicionales que consideraban como mejor opción la asignación de un sexo en la infancia sin involucrar en la decisión del mismo al/la sujeto en cuestión.

Los avances han sido más claros en el trastorno de la identidad de género llamado *intersexualidad*, el cual consiste en una discrepancia entre los genitales internos y externos. La expresión clínica más común en estos casos es la ambigüedad de los genitales al nacer.

En la actualidad ha habido un viraje con respecto a cómo se consideraba una actuación adecuada en estos casos. Ha dejado de pensarse que lo mejor es asignar un sexo lo antes posible (en general en consonancia con los genitales externos), realizar una cirugía y educar al niño/a sin ambigüedades al respecto, para comenzar a pensarse qué factores cromosómicos, neurales, hormonales, psicológicos y conductuales podrían ser más influyentes y determinantes en la satisfacción del sexo y en la constitución de la identidad de género, que los genitales externos funcionales. (Enciclopedia Medline 2009) Es por esto que se está comenzando a optar por demorar la cirugía definitiva hasta que el/la sujeto se encuentre en edad madura y pueda involucrarse en la decisión.

En cuanto a los antecedentes sobre el género y la calidad de atención, existen suficientes evidencias para afirmar que el género marca de manera significativa los siguientes aspectos, ligados a la calidad de atención médica: las condiciones psico-sociales que determinan la aparición de enfermedades, las formas de vivir las enfermedades, las decisiones diagnósticas y terapéuticas, las posibilidades de acceso a los servicios de salud, la interacción que acontece en los servicios y las posibilidades de cumplir con ciertos tratamientos. (Pittman & Hartigan 1996, Tajer, Cernadas, Barrera, Reid, Lo Russo, Gaba y Attardo 2010)

Algunos/as autores destacan la importancia de incluir la perspectiva de género en el campo de la infancia-salud-pediatría (Mercer R, Szulik D, Ramirez MC & Molina H. 2008) Los/as mismos señalan que "reconocer la importancia de aplicar el enfoque de género en este ámbito resulta en una mejor calidad de atención, planificar acciones que sean más efectivas y que promuevan igualdad y equidad desde la niñez".

b. Imaginarios acerca de los cinco ejes temáticos indagados en los/as profesionales entrevistados/as (epidemiología diferencial por género, roles de género, modos de crianza e impacto en la sa-

lud infantil, violencia y abuso, trastornos de identidad de género)

El diseño del formulario de entrevista a profesionales contiene las siguientes áreas:

a) Caracterización de la población relevada:

Datos sociodemográficos

Formación profesional (incluyendo años de matriculación)

Modalidad de inserción laboral en la institución de referencia.

b) Imaginarios de los/as profesionales sobre los temas de género en la atención de la salud en la infancia y grado de conocimiento sobre avances (publicaciones, investigaciones, etc.) en la temática referida en los siguientes ejes:

· Epidemiología diferencial por género

· Roles de género, modos de crianza e impacto en la salud infantil

· Modos de crianza

· Violencia y abuso

· Trastornos de identidad de género

c) Modo en que los imaginarios profesionales y los modos de consulta de las familias/niños/as impactan en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Para resguardar los aspectos éticos de la investigación se diseñó un formulario de Consentimiento Informado que contempla las recomendaciones del protocolo de Helsinki en las investigaciones en Salud Humana.

Las entrevistas fueron realizadas en 8 centros de atención, 5 del sector público (Hospitales Santojanni, Alvarez, Tornú, Argerich y CeSAC nro 7) y en 3 del sector privado (Hospital Italiano, Clínica Bazterrica y Clínica Santa Isabel). Al momento, se ha terminado en forma completa el trabajo de campo y la investigación se encuentra en una etapa de análisis de los datos relevados. En esta publicación se presenta información preliminar de lo relevado, en base a los siguientes ejes indagados:

· Epidemiología diferencial por género

Los/as entrevistados/as no refieren observar diferencias de género significativas en relación a los motivos de consulta de niños y niñas que llegan a los servicios. Consideran que a menor edad del/de la niño/a, se presentan menos diferencias, señalando que las mismas comienzan entre los 6 y los 10 años.

Reconocen mayor incidencia en uno u otro género cuando se indaga específicamente por ciertas problemáticas que refieren a la anatomía diferencial: los trastornos miccionales son más comunes en las niñas y las enuresis son más comunes en niños. También refieren que la disfunción por déficit de atención (ADD) es más común en varones, pero no alcanzan a identificar su causa.

Refieren mayor propensión a accidentes en niños, reconocen que *“tienen otros estilos de juegos, un poco más violentos. (...) son juegos de varones”*. Todos/as notan esta diferencia, pero solo algunos/as visibilizan que la misma se debe a patrones de crianza diferenciales por género. Muy pocos/as entrevistados presentaron registro del impacto de los estereotipos de género en las elecciones de juegos en la infancia. Uno/a de los cuales refirió que *“a los niños se les propone la pelota y a las niñas, la escoba”*, Pero este registro no fue lo hallado de manera más habitual.

Asimismo observan que las niñas no tienen permiso para ciertos juegos con mayor despliegue motriz y que se las induce hacia la práctica de juegos más tranquilos. Al indagarse por cambios en esta modalidad, afirman que desde el discurso hay mayor permisividad para los juegos más activos en las niñas, pero que no observan que sea así en las prácticas, en coincidencia con lo relevado en

una investigación anterior (Lo Russo 2011).

· Roles de Género, modos de crianza e impacto en la salud infantil

En los hospitales públicos relevados refieren que a las consultas acuden mayormente mujeres (madres y abuelas). Adjudican esta característica en parte al nivel socio económico de las familias que atienden, dado que los varones tendrían más dificultades para asistir por no obtener permisos en sus trabajos. Comentan que como a la vez trabajan en el ámbito privado por la tarde, allí observan que en muchos casos acuden ambos padres a la consulta. Pero no se observa mayor reflexión acerca del impacto de la ausencia masculina en los efectores públicos y el hecho de que estos atiendan solo en horario de mañana y tarde. Y que los horarios vespertinos más extendidos de los consultorios, luego de la salida laboral, habilitan a que esto sea posible.

En los efectores privados sostienen que hay una mayor presencia de los padres en la consulta, aún cuando prevalecen las figuras femeninas.

En ambos espacios (público y privado) refieren tener muy poca experiencia en consultas de familias homoparentales y, coinciden en señalar la necesidad de capacitación al respecto.

En el ámbito privado han recibido mayor cantidad de consultas de madres que decidieron tener sus hijos solas y algunos/as manifiestan su preocupación a futuro. Una profesional señala que *“tiene impacto porque el chico no tiene padre y a ella no le importa que el chico no tenga padre. Al chico esto le empieza a hacer ruido cuando entra al jardín y se habla de “mamá y papá”*. En el ámbito público no han recibido consultas por hijos/as concebidos por fertilización asistida, sí en el ámbito privado. Allí señalan que estas madres por lo general son de mayor edad, lo cual puede impactar en la paciencia que tengan para la crianza de esos/as niños/as, otros profesionales refieren que tienden a ser más sobreprotectoras. Llama la atención que ambas características que señalan refieren más a sus dificultades que a sus potencialidades, con lo cual se evidencia que no valoran las prácticas de las madres más grandes de manera positiva.

En general coinciden en que el espacio de la consulta se utiliza para múltiples objetivos simultáneamente. Por un lado, control de ciertas pautas básicas, de alimentación, de seguridad, de cuidados. Y por el otro, se lo ofrece como espacio de consulta abierta para cualquier tema que pueda preocupar a los/as cuidadores/as. La consulta médica es pensada y propiciada desde estos/as profesionales para conversar de aspectos centrados en la crianza, convirtiéndose de hecho en un dispositivo de producción de subjetivación.

Los/as entrevistados refieren que observan como problema específico de los modos de crianza actuales, la ubicación de límites, esto lo ubican en los centros privados y públicos como un eje problemático. Situación que se ha ido incrementando desde hace unos años y lo adjudican a que ahora *“se vive de otra manera”* y se le dedica menos tiempo a la crianza. *“Antes por ahí las madres estaban más dedicadas a la crianza, al hogar y ahora las madres hacen muchas cosas para ellas también y no quieren dejar nada”*, refiere una de las pediatras. Otra entrevistada observa que está habiendo una mayor participación de los padres varones: asisten más a las consultas y en caso de no asistir regularmente, cuando lo hacen muestran estar al tanto de lo que le ha sucedido a su hijo/a.

De lo cual se desprende que aún cuando los padres varones participan en varias actividades de la crianza, no ha habido una incorporación masiva de los mismos al día a día de la crianza que permita

que la mayor salida de las mujeres al mundo laboral pueda ser equilibrada por la presencia de los mismos. Con lo cual se observa la falta de límites como un indicador de que la menor cantidad de horas que las mujeres actuales dedican a dicha tarea no ha sido compensada por la entrada masculina a las mismas, impactando negativamente en los/as niños/as.

Se indagó su valoración sobre la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de fomentar la lactancia materna hasta los dos años y su impacto en las relaciones de género. Todos/as los/as entrevistados/as coinciden en la necesidad de contextualizar la misma, considerando que es fundamental promoverla en familias que no tienen garantizado el acceso a una alimentación integral y en buenas condiciones de higiene y saneamiento. Pero en general, adhieren a la lactancia exclusiva hasta los seis meses y luego de ese período, proponen ir incluyendo otros alimentos. Reconocen la dificultad actual para muchas madres de sostener la lactancia incluso hasta los seis meses por la inclusión muy temprana en el trabajo y la ausencia de lactarios y guarderías en estos espacios. Se evidencia que la forma de abordaje de esta tensión es la insistencia de que esta lactancia es necesaria y buena para el/la niño/a. Sin identificación del impacto del malestar en las mujeres por la imposibilidad de cumplir con sus expectativas de lactancia y su reinserción laboral.

Frente a esta dificultad, ninguno/a refiere la necesidad de generar mejoras en las condiciones de empleo de las mujeres que están amamantando para promover el sostenimiento de esta práctica en mejores condiciones o la promoción de la existencia de lactarios en los centros de trabajo.

Los /as profesionales observan más facilidad para transmitir la importancia de la lactancia materna en la población de más de amas de casa, que en mujeres que tienen empleos que requieren la reinserción laboral a los tres meses del nacimiento del niño/a. Con lo cual se observa una necesidad de reflexión más profunda sobre cómo resolver esta tensión entre la alimentación del/a bebé y la inserción laboral de las madres.

· **Violencia y abuso**

No en todos los hospitales relevados funcionan espacios de derivación de casos de violencia y abuso,. Uno de los Hospitales que sí cuenta con dicho espacio es el Hospital Álvarez, que es un centro de referencia en el tema y cuenta con un protocolo específico. Consideran que no es un tema nuevo, que la novedad es que ahora se denuncia más, estando también los/as pediatras más capacitados/as para detectar los signos que permiten suponer abusos. Identifican que el impacto en la salud es muy grande, tanto a nivel físico como emocional. Señalan que los traumatismos pueden ser graves y dejar secuelas importantes, pero el impacto en la salud emocional y mental aparece subrayado en todos los casos.

Algunos profesionales entrevistados en el ámbito privado hicieron referencia a que consideran que se observa mayor cantidad de casos de violencia y abuso en los hospitales públicos. La argumentación es que se debe al tipo de población que consulta que proveniente de sectores con menos recursos y en algunos casos de población marginal. Lo cual lleva a conjeturar si es que la violencia y el abuso infantil sucede con mayor frecuencia en los sectores de escasos recursos, o es que la acontecida en las clases medias y medias/altas cuentan con mayores posibilidad de ocultamiento. O son en su mayoría expresadas como violencia simbólica o psicológica (Fernandez AM, Tajer D, 2006)

· **Trastornos de Identidad de Género**

Refieren no haber recibido consultas por estas situaciones. Sin em-

bargo expresan que algunos padres transmiten preocupación en la consulta por si su hijo varón muestra deseos de jugar con juguetes considerados femeninos (muñecas, cochecitos rosas, etc.), trayendo esta inquietud a la consulta. Este es un tema que se está tratando en jornadas y congresos y que ha sido recientemente incluido en el diccionario de pediatría cuestión ausente en todas las ediciones previas.

Varios/as profesionales al ser consultados/as por este tema refirieron en general que consideran que el mayor problema no es tanto que ese niño o niña tenga una patología, sino el estigma social, la discriminación y la aceptación de dicha condición, la cual muchas veces comienza por la familia, más allá de otros espacios clave como lo puede ser la escuela.

c. Red de tesistas y diplomandos/as en género, salud y subjetividad

La Red de tesistas y diplomandos/as en género, salud y subjetividad fue creada en el marco del proyecto anterior del mismo equipo. (Tajer , Gaba , Reid , Lo Russo y col. 2009) El objeto de la misma es que en su marco se presenten avances de tesis de doctorado y de maestría, así como de tesinas licenciatura y diplomados, de los /as investigadores/as del proyecto y de otros/as investigadores tesistas invitados/as. El fin de estas tareas es contribuir al avance de sus producciones y consolidar una masa crítica de investigadores/as con la más alta capacitación en este campo.

En este período se han presentado, avances de cinco Tesis de Maestría de distintas investigadoras del proyecto . A modo de información preliminar, se han presentado nuevos avances de los resultados de la investigación en curso.

NOTA

[i] Se llama identidad de género al sentimiento de sí que tiene una persona acerca de su pertenencia a un colectivo genérico. La misma se conforma como parte del proceso general de adquisición de la identidad y comienza alrededor de los 2 años de edad. Se denomina trastorno de la identidad de género cuando la misma no se corresponde con el sexo biológico del/a sujeto.

BIBLIOGRAFIA

Enciclopedia Medline (2009) (versión electrónica) "Intersexualidad"; . Versión en inglés revisada por: Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Assistant Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Traducción y localización realizada por: Dr Tango, Inc. Extraído el 16 de Marzo de 2011 desde: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001669.htm>.

Lo Russo, A. (2011) Infancia, violencia y género: Análisis de discursos parentales. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud: Buenos Aires, CEDES- FLACSO.

Organización de las Naciones Unidas (1989) Convención internacional sobre los derechos del niño. (Versión electrónica) Extraído el 20 de marzo de 2008 en <http://www.me.gov.ar/derechos/convencion/convencion54artconimagen2.htm>

Pittman, P. & Hartigan, P. (1996) Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. Health Care for Women International. 17: 469-186.

Poder Ejecutivo Nacional, Argentina (2005) Hacia un plan nacional contra la discriminación. La discriminación en Argentina. Diagnóstico y propuestas. Decreto N°1086 y Anexo. Boletín Oficial 30.747, 3-262. Extraído el 1

de junio de 2009 en <http://www.notivida.com.ar/legnacional/Decreto%2010862005%20DISCRIMINACION.pdf>.

Sen, G. & Östlin, P. (2007) Woman and Gender Equity Knowledge Network: Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it final. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.

Mercer, R., Szulik, D., Ramirez, M.C. & Molina, H. (2008) Del derecho a la identidad al derecho a las identidades. Un acercamiento conceptual al género y al desarrollo temprano en la infancia. *Revista Chilena de Pediatría*. 79 (1) 37-45.

Tajer, D., Cernadas, J., Barrera, M.I., Reid, G., Lo Russo, A., Gaba, M. y Attardo, C. (2010) Equidad de Género en la Calidad de Atención de Pacientes Cardiovasculares. En: González Pérez GJ, Vega López MG y Cabrera Pivaral CE (coordinadores) *Desigualdad Social y Equidad en Salud: Perspectivas Internacionales*. (pp. 73 - 102) Guadalajara: Universidad de Guadalajara .

Tajer, D., Gaba, M., Reid, G., Lo Russo, A., Attardo, C., Zamar, A., Fontenla, M., Bajar, M.S., Straschnoy, M., Cuadra, M.E., Oliveto, A. y Jeifetz, V. (2009) *Ruta Crítica de la salud de las mujeres. Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires (Proyecto UBACyT 06/09 P809)* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.