

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

GÉNERO EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD. SERVICIOS DE URGENCIAS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS. 2007-2008.

Zegri Pereira.

Cita:

Zegri Pereira. (2009). *GÉNERO EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD. SERVICIOS DE URGENCIAS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS. 2007-2008. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/881>

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>.

**GÉNERO EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD.
SERVICIOS DE URGENCIAS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE
CARACAS. 2007-2008.**

Autora: Zegri Pereira.

Institución de procedencia: Cátedra de Salud Pública. Escuela José María Vargas.
Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela

zegrim2005@yahoo.es

Palabras claves: Género, inequidades, hospitales, servicio de urgencias, salud.

Introducción

La equidad de género se presenta como un eje de importancia a ser considerado en la implementación de políticas de salud, en el entendido que el enfoque de género no aspira a opacar otras desigualdades sino que enriquece los procesos de reforma en salud. La incorporación de la categoría género en estudios de equidad en salud es posible en aspectos como identificación de necesidades, el acceso y el financiamiento entre otros.

Cuando se piensa en las reformas sanitarias en América Latina se suele evocar la ola de reformas de la década de los noventa, éstas intervenciones presentaron resultados heterogéneos, referidos a una amplia gama de políticas públicas, no obstante ello, sigue siendo pertinente la incorporación de cambios profundos para crear una nueva institucionalidad en gran parte de los países de la región, sobre todo si pensamos que es la región más inequitativa del mundo. Básicamente porque la deuda social en salud persiste, e independientemente de los resultados anteriores, se hace necesario ofrecer respuestas en términos de equidad, ya que hasta el momento ha sido uno de los temas rezagados en las reformas previas, en este sentido destacamos en especial la inequidad de género en el campo de la Salud Pública.

En Venezuela, la reforma del sector salud desde su inicio en 1989 se ha identificado con la descentralización, luego de implementado el referido conjunto de reformas, se ha vuelto a generar transformaciones con un enfoque diferente en el actual decenio.

Los estudios pueden realizarse desde diversas perspectivas entre ellas el financiamiento y el modelo de gestión, en este estudio, se puso énfasis en la organización de los servicios y en la percepción de los equipos de salud que realizan labores de asistencia en servicios de urgencias con acento en aspectos relacionados al modelo de atención en salud.

Se presenta una investigación realizada en los Servicios de Urgencias de cinco Hospitales del Distrito Metropolitano de Caracas desde la perspectiva de la Sociología de la Salud. El problema planteado es la organización de los servicios en función del género y la percepción de este enfoque por parte de los prestadores de servicios de salud en el marco de la reforma del Sistema Público de Salud Metropolitano.

Marco referencial

Según Davidson, G (2002), hay tres elementos básicos a considerar en las reformas en la región: las reformas han beneficiado más a otros sectores que a los que se encuentran en inequidad, es necesario eliminar la deuda social y se necesitan ejemplos exitosos. Según Gómez, E 2002, la equidad de género equivale a eliminar diferencias evitables entre hombres y mujeres en cuanto a oportunidades de obtener y mantener la salud y probabilidades de enfermar, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas evitables. Los estudios de la inequidad de género en salud admiten diversas perspectivas (laboral, de acceso a la información, entre otras) en muchos casos las inequidades se superponen, vemos que en Venezuela, la pobreza afecta particularmente la salud y supervivencia de la mujer situación que se evidencia en las tasas de mortalidad materna por estado, donde en Delta Amacuro, estado con alta población indígena este indicador es 6 veces superior a otros más urbanizados como Barinas o Distrito Capital.

El proceso descentralizador venezolano se caracterizó por ser heterogéneo donde las regiones adoptaron estrategias diversas (Díaz, J; Pereira, Z, Fernández, Y, Capriles, E 2001), así como enfoques diferentes de la transferencia de recursos financieros y humanos. Se produjo centralización a nivel regional, con exclusión de los municipios y sin que grupos organizados de la sociedad intervinieran directamente en la toma de decisiones en las diversas áreas de la reforma. Se llevó a cabo el proceso como parte de las políticas predominantes en la región, sin que se haya incorporado deliberadamente el tema de la equidad de género. Las principales acciones en materia de descentralización en la década de los noventa tuvieron lugar en el interior del país, de modo que en la región capital no hubo un proceso intenso de reformas en salud, por lo cual no se visualizan cambios deliberados desde el inicio de la aprobación de la Ley de Transferencia de competencias en 1989 hasta principios de la actual década.

Cabe destacar que el inicio de la Misión Barrio Adentro en 2004 se realizó en el Municipio Libertador en la capital del país y consistió en la creación de servicios de salud con un área de influencia de 2500 familias, integrado por un equipo de salud compuesto por un profesional de la medicina (generalmente médico (a) procedente de Cuba, un profesional de enfermería y una persona designada por la comunidad). Más adelante esta modalidad se asume como política pública aplicándose por lo tanto en todo el país, lo que implica replicar la experiencia a nivel nacional, se mejora así el acceso a amplios sectores de la población, más allá de los matices referidos a su modalidad y sobre todo a la continuidad.

Luego del año 2000, se inició un nuevo impulso al proceso de transformación del sistema de salud metropolitano para construir el Sistema Público Nacional de Salud tal como lo indica la constitución de 1999, a tales efectos la región metropolitana se constituyó en un motor para el referido proceso, pero recientemente hubo un cambio de rumbo con una centralización directa al ente rector a nivel nacional o sea el Ministerio del Poder Popular para la Salud. Aunque el proceso de transformaciones en el Sistema Metropolitano de Salud se inició antes de 2008, fue en enero de ese año cuando se publicó en Gaceta Oficial el decreto que impulsó los cambios en el Sistema de salud regional otorgando el carácter de piloto a este proceso. En julio del mismo año, con una nueva publicación en Gaceta

Oficial se devolvió al ente rector la transferencia de todos los servicios con lo cual se cortó posibilidad. De modo que el esfuerzo para construir una experiencia piloto no logró los resultados esperados inicialmente, pero en ese proceso se implementó un programa de formación y actualización de los equipos multidisciplinarios de urgencias de diferentes hospitales del más alto nivel de resolución y en cuyo contexto se elaboró el trabajo presentado.

Según investigaciones realizadas en la región latinoamericana, (Roses, 2003) desde la década de los 90, cuando se iniciaron las reformas en salud en la región, las inequidades de género han sido escasamente consideradas, otorgándose prioridad a los aspectos institucionales y financieros del sistema de salud. Esto a pesar de que el referido proceso se fundamentó en parte en la satisfacción de necesidades de salud de la población, donde temas cruciales como los determinantes de salud, el acceso a servicios, el financiamiento, el trabajo y la participación social en salud, pudieron haber incorporado la perspectiva de género. Por lo anterior, parece relevante para el análisis lo expuesto por Roses:

“La observación actual revela que no es posible seguir insistiendo en el potencial impacto de la reforma sectorial para reducir las inequidades si las necesidades y condiciones específicas de hombres y mujeres no se toman en cuenta desde el inicio en su diseño, implementación, financiamiento y monitoreo.” (Roses, 2003)

Para Hartigan, (2001) el género influye asimismo en los comportamientos masculinos relacionados con la salud, por ejemplo, varios estudios llevados a cabo en América Latina indican que los hombres enfermos se resisten a acudir a los centros de atención primaria de salud, pues los consideran adecuados solo para las mujeres y los niños. En algunos entornos, son también menos propicios a seguir las órdenes de los médicos porque sienten que están, de alguna manera, cediendo el control.

El estudio del tema que nos ocupa en el campo de la salud se hace más complejo según Ostlin, (2003) en virtud de que se presentan fenómenos biológicos que, en ocasiones introducen un sesgo en el análisis, lo cual no sucede en otros campos como la educación ya que nadie creería seriamente que las diferencias educacionales entre razas o sexos tiene una base biológica.

Objetivo general:

Indagar sobre la percepción de género presente en los equipos de salud del Servicio de Urgencias de 5 Hospitales tipo IV del Distrito Metropolitano de Caracas para generar acciones que mejoren la equidad de género.

Objetivos específicos:

Determinar la concepción sobre salud de los integrantes de los equipos de salud de los centros de salud que conforman la muestra.

Identificar los conceptos de género y sexo de los integrantes del equipo de salud de los centros pertenecientes a la muestra así como la organización de los servicios en función de género.

Explorar la incorporación de la perspectiva de equidad de género por parte del equipo de salud de las instituciones del estudio.

Planteamiento y formulación del Problema

El proceso de reforma del estado se ha venido realizando en forma no homogénea entre las regiones del país, el Distrito Metropolitano es una región relativamente rezagada en materia de reformas en salud. Recientemente, en el marco de las políticas actuales del estado venezolano, se comenzó la implementación de un conjunto de transformaciones impulsadas por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Caracas, siendo un área clave los Servicios de Urgencia de los Hospitales bajo su jurisdicción con miras a la construcción del Sistema Metropolitano de Salud. El referido proceso, no incorporó la visión de género en sus inicios, siendo este un factor que debe ser tomado en cuenta en las futuras intervenciones en el área.

¿Cuál es la percepción que sobre género y sexo tiene el equipo de salud del Servicio de Urgencias de cinco Hospitales tipo IV del Distrito Metropolitano de Caracas en el marco de la implementación del Sistema Metropolitano de Salud para asegurar el derecho a la salud?

¿Los referidos servicios de urgencias contemplan en su organización la visión de género?

Justificación

Hay rezago y marginación del enfoque de género en la implementación de las reformas en Venezuela en aspectos como la atención y la gestión, lo cual amerita investigaciones sobre reformas e inequidades de género, ya que en otros países existen indicios de que con las reformas se podrían exacerbar las inequidades en esta área.

El sector salud es uno de los sectores con mayor presencia de mujeres trabajadoras, por lo cual los estudios realizados desde una perspectiva de género cobran relevancia.

Si bien las metas del milenio, contemplan el tema del género en el tercer objetivo aspirando a promover la igualdad y dar poder a las mujeres, en los aspectos específicos se contempla solamente eliminar la desigualdad de género en la educación primaria y secundaria en el corto plazo, objetivo sobre el cual algunos países ya han avanzado mucho.

Si se revisa todo el texto, el enfoque basado en los derechos humanos de las mujeres no aparece como un objetivo del desarrollo, esta situación sigue la tendencia anterior de invisibilización de la inequidad de género. De modo que se hace necesario continuar la producción de conocimiento en diversas líneas de investigación para aportar y divulgar más información a este campo de las políticas públicas.

Materiales y métodos:

Se trata de un estudio no experimental con información proveniente de 20 informantes calificados seleccionados de manera no probabilística que trabajan en los Servicios de Urgencia de 5 Hospitales Tipo IV del Distrito Capital de Caracas. La información fue

recogida en formatos semi estructurados autoadministradas, realizándose para ello un trabajo de campo. Se elaboró una base de datos con información cuantitativa y cualitativa presentándose cuadros simples y de doble entrada así como gráficos analizados mediante lectura de cuadros, aplicándose herramientas de la estadística descriptiva.

Resultados:

El 40% de las personas entrevistadas oscila entre los 36 y 40 años y el 30 % entre los 41 y 45 años, en cuanto al sexo, el 45% son hombres, el 40% mujeres y el resto no respondió. Sobre la diferencia entre el concepto de género y el de sexo, el 12 % no respondió, el 30 % indica que no hay diferencia y la mitad realiza definiciones correctas según la literatura analizada, mientras que los restantes realizan apreciaciones confusas.

El 70 % de los entrevistados manifiestan que entre el 50 y 80 % de sus pacientes son mujeres. Pero el 60 % de ellos indica que no hay que realizar ajustes a los servicios en función del género. Dentro de los que identifican la necesidad de cambios según género, se destaca el área de la salud mental donde no existe hospitalización para las mujeres farmacodependientes aunque los casos ameriten reclusión nosocomial. Otra de las deficiencias para atender a las mujeres es la falta de equipamiento tales como camas ginecológicas, espacios adecuados que preserven la privacidad. Dentro de los que indican que no debe haber cambios, se aduce que ello generaría discriminación y conflictos siendo ésta una respuesta más frecuente en mujeres.

Dentro de los que dijeron de deben darse cambios, la mitad de ellos indica que esos cambios se deben hacer en el mobiliario y en la infraestructura. Dentro de los que respondieron que no debe haber cambios, la mitad no indica las razones y dentro de la otra mitad encontramos respuestas diversas asociadas a la no percepción de diferencia entre sexo y género.

Sobre las diferencias en la demanda según género el 80 % dice que hay diferencias y el 20 % restante indica que no.

Una cuarta parte de las respuestas refieren al mayor uso de los servicios de salud, un 15 % refiere a la violencia contra las mujeres y la discriminación hacia las mujeres, un 10 % no respondió, un 20 % indica que no deben diferenciarse los servicios, las respuestas restantes se dividen entre, 20% haciendo referencia a las especialidades, el 10 % restante indica que se presentan necesidades y predisposición de los y las pacientes según género.

Conclusiones:

Los equipos de salud entrevistados presentan confusión sobre la diferencia en los conceptos de género y sexo, lo que cual puede impactar negativamente sobre el énfasis en la equidad del modelo de gestión y de atención a ser implementado en el marco de la reforma del Sistema de Salud. Aunque la mayor parte de las personas atendidas son mujeres, no se percibe la necesidad de la introducción de cambios en el modelo de atención de los servicios, aún en hospitales como el psiquiátrico donde se indica la ausencia del servicio de hospitalización para las pacientes, parte del personal del mismo no llega a

percibir esa situación como inequidad según género, lo cual parece responder a patrones socioculturales de conductas que invisibilizan la discriminación según género. Lo confirma las respuestas que indican que no debe haber cambios según género lo cual parece disociar la situación descrita con la percepción sobre inequidad de género. Aún dentro de los que perciben situaciones de inequidad según género las causas de la misma están referidas a aspectos de infraestructura y de mobiliario sin identificar aspectos relacionados con la atención, sobre todo si se tiene en cuenta que la respuesta debe ser integral tal como lo indican los lineamientos de política pública vigentes. En las acciones descritas se vulnera el derecho de las mujeres a estar libres de toda forma de discriminación, no se encontró asociación entre el hecho de ser mujer y la identificación de las referidas inequidades por lo cual resulta oportuno sensibilizar al personal de salud sobre el punto en el marco de la reforma. Sobre las usuarias, interesa destacar que el personal de salud indica que son motivos de consulta la violencia contra las mujeres y la discriminación, aún así los entrevistados no perciben la necesidad de respuestas integrales que preserven el derecho a la vida y la integridad más allá del acto médico. Se identificó la pertinencia de trabajar el enfoque de género como parte de la reforma del sector durante la creación del Sistema Público Nacional de Salud, e incorporar mejoras en la capacitación del personal para brindar una atención adecuada sin excluir la referida categoría.

Referencias bibliográficas

Alleyne, G (2002) La equidad y la meta de salud para todos. Revista Panamericana de Salud Pública. OPS Vol 11 N° 5 y 6 junio 2002.

Gómez, E (2002) Equidad de género en las políticas de la salud de América Latina y el Caribe. Revista panamericana de Salud Pública. Vol 11 N° 5-6 OPS

Gómez, E (2002) Equidad, género y salud, retos para la acción. Revista Panamericana de Salud OPS Vol 11 N° 5 y 6 junio 2002.

Davison G. (2002) La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad en Revista Panamericana de Salud. Vol 11 N° 5 y 6.

Díaz, J; Pereira, Z, Capriles E, Fernández;Y (2001) La reforma de Salud en Venezuela: Aspectos políticos e institucionales de la reforma de salud en Venezuela. Fund. Polar, Cendes; IESA

Hartigan, P (2001) Infecciones de transmisión sexual y género. OPS/ OMS, Harvard Center of population and development studies

Ostlin, P; Sen, G; George, A (2005) Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. OPS/ OMS, Harvard Center of population and development studies.

Roses, M (2003) Desigualdades ocultas: Género y reforma del sector salud. Le Monde Diplomatic, N° 43.

Standing, H (2000) El género y la reforma del sector salud. Publicación ocasional N° 3. OPS, Harvard Center of population and development studies.