

Equidad de género en la atención de la salud en la infancia

Debora Tajer ^{a (*)}, Graciela Reid ^a, Mariana Gaba ^a, Ma. Eugenia Cuadra ^a, Alejandra Lo Russo ^a, Irene Salvo ^b, Mónica Solís ^a

^a Universidad de Buenos Aires, Argentina.

^b Universidad Alberto Hurtado, Chile.

(*) dtajer@psi.uba.ar

RESUMEN

Se presentan los principales resultados de la investigación UBACyT “Equidad de género en la calidad de la atención de niños y niñas”, cuyo objetivo fue identificar el modo en que los/as profesionales de la salud que atienden niños/as han incorporado la perspectiva de género en sus prácticas. El estudio tuvo carácter exploratorio-descriptivo con metodología cualitativa para la recolección y el análisis de la información, realizándose 34 entrevistas a miembros de los equipos interdisciplinarios de salud que atienden niños/as de diferentes servicios de pediatría pertenecientes a hospitales públicos, clínicas privadas y hospitales comunitarios de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). Entre los hallazgos se pueden señalar que se identificaron inequidades de género en la calidad de la atención, relativas al marco teórico de los/las profesionales que impactaría en sesgos de género en la toma de decisión.

PALABRAS CLAVE

género; equidad; infancia; atención

Gender equity in child health care

ABSTRACT

We present the most important outcomes of the UBACyT research “Gender fairness in the quality of health care for boys and girls”, aimed at identifying the way in which health care professionals who attend to boys/girls have assimilated the gender perspective in their practice. It was an exploratory-descriptive study, using qualitative methods for data collection and analysis. We conducted thirty-four interviews to members of the interdisciplinary health care teams who attend to boys and girls from different pediatric units of public hospitals, private clinics and community hospitals of the City of Buenos Aires (Argentina). Among the results, we found that there is an unfair treatment across gender in terms of the quality of health care, which have to do with the theoretical framework of the professionals, something that could bias their decision making.

KEYWORDS

gender; equity; childhood; health care

Recibido: 19 mayo 2014

Aceptado: 28 diciembre 2014

Cómo citar este artículo: Tajer, D., Reid, G., Gaba, M., Cuadra, M.E., Lo Russo, A., Salvo, I. & Solís, M. (2015). Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. *Psicoperspectivas*, 14(1), 103-113. Recuperado desde <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL14-ISSUE1-FULLTEXT-503

Esta investigación se realizó en el marco del proyecto de investigación UBACyT 20020090100079/2010-2012 “Equidad de género en la calidad de la atención de niños y niñas”, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

ISSNe 0718-6924

Introducción

En Argentina existen diversos avances en la incorporación de los aspectos psicológicos y sociales implicados en la atención de la salud en la población infantil. No obstante, dichos avances aún no han incorporado de forma significativa la perspectiva de género en la promoción y la atención de la salud, tal como lo sugieren y promueven los/as expertos/as en múltiples documentos de organismos internacionales (Sen & Östlin, 2007; Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007). Estos consensos han sido recogidos por recientes documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), observándose coincidencia tanto de los especialistas en género y salud (Sen & Östlin, 2007), como los de infancia y salud (Irwin et al., 2007).

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: i) las condiciones psico-sociales que determinan la aparición de enfermedades, ii) las formas de vivenciar las enfermedades, iii) las decisiones diagnósticas y terapéuticas, iv) las posibilidades de acceso a los servicios de salud, v) la interacción que acontece en los servicios y vi) las posibilidades de cumplir con ciertos tratamientos (Pittman & Hartigan, 1996; Tajer et al., 2010).

Algunos/as autores/as destacan la importancia de incluir la perspectiva de género en el campo de la salud de la infancia. Refieren que hacerlo redundaría en una mejor calidad de la atención y en la planificación de acciones que sean más efectivas y promotoras de igualdad y equidad desde la niñez (Mercer, Szulik, Ramirez & Molina, 2008). En términos generales, existen evidencias de cómo el género marca de manera significativa diversos aspectos ligados a la calidad de la atención médica (Pittman & Hartigan, 1996; Tajer et al., 2010); entre los cuales se encuentran aquellos aspectos que podríamos caracterizar como intersubjetivos, que son habitualmente denominados como intercambio de información, relación interpersonal, entre otros (Bruce, 1990). Asimismo, la demanda realizada por los/as pacientes (especialmente de las familias) que presentan diferencias entre varones y mujeres (Costa, Hamman & Tajer, 2000) incide en la calidad de atención (Standing, 2000). Investigaciones anteriores realizadas por este equipo incorporan las categorías de género y etapa vital en la evaluación de los fenómenos intersubjetivos que inciden en la calidad de atención en salud integral (Tajer et al., 2009; Tajer et al., 2010).

En la presente investigación, consideramos a la inequidad como las diferencias y similitudes injustas e

innecesarias en el grado de satisfacción de necesidades (Whitehead, 1990). Específicamente en el caso de la inequidad de género en la calidad de atención, podemos destacar que el problema puede basarse en la entrega de una atención igual para ambos sexos cuando las necesidades de género no son iguales, en la entrega de atención diferente cuando las necesidades no son diferentes y en un trato que refuerza los estereotipos de género.

Por otra parte, el Informe de la Red de Equidad de Género (Sen & Östlin, 2007) plantea una serie de factores que conducen a resultados de salud sesgados y desiguales que tienen graves consecuencias económicas y sociales diferenciales para las niñas y los niños. Algunos de ellos son: i) valores, normas, costumbres y comportamientos discriminatorios, ii) diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las enfermedades, la discapacidad y las lesiones relacionadas con el género, iii) sesgos en los sistemas de salud, ligados al menoscabo de los recursos y la atención destinados al acceso, la asequibilidad y la disponibilidad de los servicios de salud y iv) sesgos en las investigaciones de salud.

Asimismo, este informe recomienda que los/as investigadores/as presten mayor atención a los factores de riesgo, mecanismos biológicos, manifestaciones clínicas, causas y consecuencias, así como al manejo de las enfermedades que difieren entre hombres y mujeres en todas las etapas de la vida, recomendación en la cual se inscribe el propósito de esta investigación (Sen & Östlin, 2007).

Desde una perspectiva de derecho a la salud en la infancia, se considera que las mayores contribuciones socio-institucionales para el logro de equidad en la calidad de atención en salud de niños/as se inscriben en el respeto integral de los principios éticos y jurídicos de derechos humanos universales y específicos para la infancia. En este sentido, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN) de 1989, incorporada en la Constitución de la Nación Argentina (CNA) de 1994 reconoce el:

Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación en salud [y que] los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y adoptarán las medidas apropiadas para desarrollar la atención sanitaria preventiva. (Constitución de la Nación Argentina, 1994).

En este contexto, el vínculo médico/a con el –paciente niño/a– y su familia está basado en el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985) y el paradigma tutelar, que ha dominado las relaciones sociales para la infancia, considerándola como propiedad de los padres y a lo sumo, como objetos de protección social y judicial pero nunca como sujetos de derecho (Ortiz García, Portuondo Alacán, Ahuar López & Rodríguez Rivalta, 2004). En esta línea, se evidencia la necesidad de brindar servicios de calidad en materia de salud para la infancia (Lejarraga, 2005) y reflexionar sobre el vínculo médico con el -paciente niño/a- y su familia a nivel pediátrico, según las condiciones de formación de los equipos profesionales y los determinantes sociales de la época actual que impactan en la práctica médica (Baranchuk, 2008). En este punto, es destacable que la construcción de políticas públicas y programas sobre lo materno-infantil se ha orientado en general a las mujeres y niños/as en tanto sujetos vulnerables, no fomentando de esta manera la autonomía de los mismos. De esta forma, se han configurado prácticas y discursos asistencialistas que limitan el pleno ejercicio de derechos por parte de los/as sujetos/as. Resulta entonces relevante poder revisar los modelos de familia que éstos involucran, lo que consideran saludable, la concepción de niñez que promueven y el modelo de atención que consideran adecuado (Mercer & Karolinski, 2007).

Otro aspecto importante de destacar es cómo las revistas de pediatría están incorporando este campo de problemáticas. Por un lado, se han relevado referencias acerca de la importancia de incluir la perspectiva de género en el campo de la infancia-salud-pediatría como parte de los avances en la inclusión de la perspectiva de género en políticas públicas, derechos y equidad (Mercer et al, 2008; Crossley & Davies, 2005). Otros autores (Bernzweig, Takayama, Phibbs & Lewis, 1997) incluyen las diferencias de género en la comunicación médico-paciente, intentando determinar si el género del médico/a y de los pacientes influye en el proceso de comunicación. Los hallazgos refieren que las mujeres médicas dedican más tiempo a la consulta que sus pares varones y que tienen más instancias de intercambio social con los pacientes. Lo cual coincide con los hallazgos de algunas investigaciones en otras áreas de especialidad (Hall, Irish, Roter, Ehrlich & Miller, 1994).

Considerando los antecedentes anteriores, este estudio tuvo como principal objetivo identificar y analizar los imaginarios respecto del componente de género de los/as profesionales de la salud que atienden niños/as en sus prácticas. Si bien el concepto de imaginario ha sido abordado por diferentes disciplinas y teorías de las ciencias sociales durante los últimos años (Agudelo, 2011), en este trabajo se toma la conceptualización de

Castoriadis (1983) respecto del término imaginario social como el universo de significaciones que articulan la sociedad, sus necesidades, su mundo y que, como esquema organizador, crea las condiciones de representabilidad del grupo.

Según Castoriadis (1983), una sociedad inventa significaciones cuando se instituye como tal. Estas producciones de sentido organizador son condición de representabilidad de aquello que dicha sociedad puede darse, orientando y dirigiendo la totalidad de la vida de los sujetos que constituyen una sociedad. Las significaciones imaginarias operan en lo implícito y su función es proporcionar un modo particular de respuestas a interrogantes primordiales de un colectivo, por cuanto cada sociedad debe definir su identidad (Agudelo, 2011). De esta forma, cuando se indagan imaginarios sociales, bien sea en prácticas institucionales, comunitarias o grupales, es necesario idear estrategias, plantear metodologías o crear dispositivos que permitan distinguir insistencias e indagar en las prácticas mismas (Fernández, 2007).

En este caso, tanto las categorías de análisis de género como de infancia, constituyen nociones socio-históricas y políticas que atribuyen significaciones imaginarias al ser varón, mujer, niño y/o niña en cada sujeto y en determinados contextos y epocales, instituciones y disciplinas. Estas significaciones instituyen realidad y remiten a una producción colectiva que se despliega y rastrea discursivamente en las respuestas de los participantes de este estudio. Por lo tanto, los imaginarios profesionales explorados en los ejes definidos en este estudio dan forma a las prácticas concretas en el ámbito de la salud, por ejemplo, a decisiones diagnósticas y terapéuticas, orientaciones a la familia y otros tipos de intervenciones con los pacientes y sus familias.

Metodología

Diseño

Este estudio se realizó con un enfoque cualitativo (Valles, 1997). El diseño tuvo un carácter exploratorio (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), pues representa el primer acercamiento a este fenómeno en Argentina; sigue una lógica descriptiva, ya que “busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que esté sometido al análisis” (Danhke, 1986, citado en Hernández et al., 2006, p.60).

Participantes

La muestra fue intencionada, los participantes se escogieron de acuerdo a ciertos criterios que se valoraron como necesarios o convenientes para contar

con una unidad de análisis que reuniera las mayores ventajas posibles para los fines que persigue la investigación (Hernández et al., 2006). La unidad de análisis correspondió a los miembros/as del equipo de salud que atienden niños/as (médicos/as pediatras, médicos/as generalistas, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psiquiatras y psicólogos/as infantiles) de 8 Servicios de Pediatría pertenecientes a hospitales públicos, clínicas privadas y hospitales de comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Técnica de recolección de datos

Se utilizó la entrevista semi-estructurada como técnica cualitativa de recolección de datos, por ser considerada una herramienta facilitadora en situaciones donde se pretende que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista sobre determinado problema o experiencia (Hernández et al., 2006). "Cada sujeto es una síntesis global que permite conocer los hechos y normas dominantes de una determinada unidad social, aunque dicha respuesta sea sustentada individualmente y revele la opinión personal del sujeto" (Guber, 2004).

Para realizar la entrevista se elaboró una guía de preguntas, la cual se dividió en diversos ejes temáticos que luego permitieron abordar los diferentes aspectos de los temas centrales planteados en esta investigación: datos socio-demográficos, modalidad de inserción laboral en la institución de referencia, grado de conocimiento sobre avances (publicaciones, investigaciones, etc.) en la temática referida, modalidad de consulta de los/as pacientes y familias y modo de configuración de las familias que demandan atención. Junto con ello, las entrevistas indagaron los imaginarios de los/as profesionales sobre los temas de género en la atención de la salud en la infancia en relación a los cinco ejes temáticos anteriormente mencionados y se exploró la existencia de diferencias en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas que tuvieran efectos de inequidad de género en la atención, relativas a los componentes profesional-niño/a.

Procedimiento

El acceso a las fuentes de investigación se inició con la realización de contratos con cada institución y luego con el uso de consentimientos informados con los/as participantes de la investigación. Se realizaron 34 entrevistas semi-estructuradas a los sujetos de la muestra. Los encuentros realizados fueron grabados en audio con previa autorización del/la entrevistado/a, con la finalidad de generar un respaldo material del contenido de las mismas.

Técnica de análisis de datos

Para el análisis de los resultados se utilizó un método de análisis de contenido (Bardin, 1991; Hernández et al., 2006). El análisis de contenido temático, de acuerdo a Iñiguez (2008), permite a partir de datos textuales, descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre éstas en función de criterios preestablecidos.

Para lograr este objetivo, Iñiguez (2008) señala que se deben realizar tres etapas: (i) Preanálisis: Es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permitirá examinar los datos y realizar el análisis de contenido, (ii) Codificación: Consiste en realizar una transformación de los datos brutos (el material original) a los datos útiles. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos y (iii) Categorización: Organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización es semántico, es decir, se agrupan las unidades por similitudes en cuanto a su significado. Por último, se seleccionaron segmentos de entrevistas altamente representativos de las categorías o que poseían un significado vinculado con el planteamiento y los objetivos del estudio.

Consideraciones éticas del estudio

Para resguardar los aspectos éticos de la investigación se diseñó e implementó con cada uno de los/as entrevistados/as un consentimiento informado que contempló las recomendaciones del protocolo de Helsinki en las investigaciones en salud humana.

Resultados

Con el objeto de organizar la información obtenida, se la agrupó en seis categorías de análisis cuya pertinencia está relacionada a los objetivos específicos anteriormente mencionados.

Imaginarios sobre la epidemiología diferencial por género percibida

En líneas generales, los/as entrevistados/as no refieren observar diferencias de género significativas en relación a los motivos de consulta de niños/as que llegan a los servicios. No obstante, consideran que a menor edad del/la niño/a, se presentan menos diferencias, señalando que estas comienzan entre los 6 y los 10 años de edad.

Junto con lo anterior, reconocen mayor incidencia en uno u otro género cuando se indaga específicamente por ciertas problemáticas que refieren a la anatomía diferencial, por ejemplo, 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, indicando que:

'Tienen otros estilos de juegos, un poco más violentos. (...) son juegos de varones' (Pediatra 7, Jefa de Servicio Materno Infantil – Hospital Público).

Todos/as aprecian esta diferencia, pero solo algunos/as visibilizan que la misma puede deberse a patrones de crianza diferenciales por género. Esto se evidencia en que muy pocos/as entrevistados/as 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". 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 parental hay mayor permisividad para los juegos más activos en las niñas, pero que no observan que sea así en la práctica, en coincidencia con lo relevado en una investigación anterior (Lo Russo, 2011).

En cuanto a los aspectos de género relacionados con la demanda de niños/as y sus familiares, que pueden incidir en los profesionales y sus decisiones, y las respuestas dadas a los mismos, podemos señalar lo siguiente.

La mayor parte de las veces se presentan demandas que por sus características o complejidad exceden el campo unidisciplinario de la medicina pediátrica y requieren un manejo interdisciplinario. El 67% de los entrevistados/as son médicos/as pediatras enfrentados a situaciones de crisis o conductas de los/as niños/as frente a las cuales sus familias no pueden responder sin apoyo profesional especializado. Por ello, es frecuente que los/as pediatras, ante la detección de síntomas de hiperactividad o falta de atención, deriven a Salud Mental para contar con una intervención más integral. O bien, cuando sospechan un retraso madurativo, realicen la interconsulta con Neurología.

Otra demanda de atención que interpela una respuesta de los/as profesionales de la salud, es el campo de la alimentación y los imaginarios diferenciales según género. Frente a períodos de inapetencia que suelen ser normales, identifican que los padres se preocupan más por el niño que no come que por la niña que no come. Probablemente esto se deba a que temen que con esa

conducta los varones no crezcan fuertes y sanos y toman como natural la inapetencia femenina, como una adaptación temprana y naturalizada de hacer dieta toda la vida (Punta de Rodolfo, 2000) propuesta por el socio histórico actual para la femineidad. Por tal motivo se preocupan cuando las niñas son gorditas por cuestiones de estética que se traducen en estándares de flacura igual a belleza desde la más temprana infancia en mujeres. Al mismo tiempo refieren que en el campo de la salud mental, las improntas culturales marcan las diferencias de propuestas identificatorias hacia los géneros desde la primera infancia. Puede genealogizarse en estas propuestas lo que años más tarde podrían convertirse en cuadros de anorexia-bulimia instalados.

Otra preocupación está dada en la segunda infancia, con el aumento de la incidencia de la obesidad infantil, que ellos/as ubican como determinados por el consumo de comida chatarra, deliverys, comidas pre-hechas congeladas y snacks que ingieren en la actualidad los/as niños/as, debido a la falta de tiempo de los adultos para la preparación de comidas elaboradas y en sectores populares por abundancia y desbalance de la cantidad de hidratos de carbono presente en sus dietas cotidianas. Habría que incorporar a este análisis el imaginario actual acerca del ámbito externo como peligroso y el hogar como el lugar seguro, que genera prácticas de propuestas recreativas orientadas al poco despliegue de actividad física al aire libre o en lugares públicos o comunitarios, tales como los videos, los video juegos y las llamadas redes sociales, lo cual contribuye al sedentarismo y el aumento de la incidencia de la obesidad.

Este paradigma tiene impacto también en el campo de los accidentes domésticos. En el caso de los sectores populares urbanos de Capital Federal, los/as entrevistados/as ubicaron que, luego de los 3 años, se dan mayores quemaduras en las niñas, por el acceso a la cocina y los quehaceres domésticos desde temprana edad, en varios casos a modo de reemplazo de la madre en su ausencia. Mientras que los varones presentan más accidentes traumatológicos como esguinces o fracturas. Cabe destacar que desde el comienzo de la deambulación hasta los 5 años, los accidentes domésticos son la primera causa de mortalidad. De esta manera, en este campo también el imaginario acerca del ámbito externo como peligroso y el hogar como el lugar seguro, a esta edad pareciera invertirse.

Imaginarios sobre los roles de género, modos de crianza actual y su impacto en la demanda de atención

En los hospitales públicos relevados los/las profesionales señalan que a las consultas acuden mayormente mujeres (madres y abuelas). Adjudican esta situación en cierta medida al nivel socio económico de las familias que atienden, ya que los varones tendrían más dificultades para asistir por no obtener los permisos correspondientes en sus trabajos en relación de dependencia y, en el caso de trabajar por su cuenta (formal o informalmente), por no poder suspender su actividad al implicar esto una reducción parcial del ingreso económico. Comentan que dado que en muchos casos trabajan en el ámbito privado por la tarde, observan un patrón diferente, ya que en muchos casos en dichos horarios acuden ambos padres a la consulta. No obstante, no se aprecia una mayor problematización del impacto de la ausencia masculina en los efectores públicos. Tampoco se reflexiona en torno a que los horarios vespertinos más extendidos de los consultorios, luego de la salida laboral, habilitarían a que esto fuera posible.

Algunos efectores privados sostienen que hay una mayor presencia de los padres en la consulta, aún cuando prevalecen las figuras femeninas. Una entrevistada observa que los padres varones asisten más a las consultas, especialmente en el primer año de vida y, en caso de no asistir regularmente, cuando lo hacen se muestran al tanto de lo que le ha sucedido a su hijo/a. Sin embargo, aun cuando los padres varones participan en varias actividades de la crianza, no existe todavía 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.

En relación a lo anterior, se ha constatado que las mujeres son las que más consultan y utilizan los servicios de salud para sí y para el control y cuidado de la salud de los niños/as (Tajer, 2009). Esto se corresponde con el fenómeno relativo al denominado rol de género tradicional femenino (Tajer, 2009) que naturaliza el hecho de que las mujeres sean socializadas para ser las cuidadoras primarias de los/as niños/as. Se pudo relevar también que producto de la incorporación de los aportes de Winnicott (1971) acerca de la madre suficientemente buena en la formación de los/las profesionales, hay una alta valoración de la observación del vínculo temprano con la madre como indicador positivo del desarrollo infantil.

En general, los entrevistados coinciden en que el espacio de la consulta se utiliza para múltiples objetivos simultáneamente. Por un lado, para el control de ciertas

pautas básicas de alimentación, de seguridad, de cuidados y, por el otro lado, se 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 esta manera en un dispositivo de producción de subjetivación.

Imaginarios sobre las problemáticas específicas ligadas a los modos de crianza actuales

Los/as entrevistados/as, tanto de centros privados como públicos, refieren que observan como problema específico de los modos de crianza actuales a la dificultad en la puesta de límites. Esta situación 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. Una de las pediatras refiere:

‘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’ (Pediatra 15, Médica de Planta, Hospital Público).

Sobre los aspectos ligados a la crianza, algunos/as refieren haber buscado información por su cuenta y otros, no tener interés al respecto. De lo anterior se puede concluir que la información que han recibido ha sido principalmente orientada desde criterios biomédicos, sin inclusión de los aspectos psicosociales que incluyan los modos de crianza y su impacto en la salud integral de niños/as.

Otro eje se relaciona con la lucha constante de los padres actuales entre poner límites y propiciar la autonomía, preocupación que se convierte en demanda de orientación profesional. Las familias se visualizan con dificultad para decidir qué está bien y qué está mal y para sostener los “No” frente a la demanda del uso de los dispositivos de tecnología, los tiempos de uso de los mismos, los consumos (ropa, juguetes, golosinas y, años más tarde, alcohol y sustancias). Algunos/as profesionales alternan entre una actitud más tendiente a la culpabilización de los padres y una significación de que son los cambios culturales los que impactan y dificultan el ejercicio de la parentalidad en la actualidad. Al respecto señalan que comparativamente hace 20 años se ponían muchos límites y hoy se ha instalado una cultura no responsable de la libertad, en la cual los/as chicos/as terminan manejando todo y sometidos a sus impulsos sin pauta adulta eficaz. Frente a estas dificultades, la respuesta de los/as profesionales suele ser derivaciones a orientación a padres, al Servicio Social, al Consejo del niño/a y al Servicio de Psicopatología.

Imaginario respecto de la lactancia materna

Otro de los ejes indagados fue el de la lactancia materna y su impacto en las relaciones de género, considerando la valoración de la recomendación de la OMS de sostenerla hasta los 2 años de vida. Todos/as los/as entrevistados/as coinciden en la necesidad de contextualizar esta recomendación de la OMS, en el sentido de que es fundamental promoverla en familias que no tienen garantizado el acceso a una alimentación integral y en buenas condiciones de higiene y saneamiento. No obstante, cuando esto está logrado, adhieren a la lactancia exclusiva hasta los seis meses y luego de ese período, cuando se incluyen otros alimentos, ya no la consideran necesaria a nivel alimenticio. Sí consideran recomendable esta práctica en términos de promoción de conductas de apego y de fortalecimiento inmunológico.

Los/as entrevistados/as 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 la lactancia es necesaria y buena para el/la niño/a, con dificultad para identificar el real impacto del malestar en las mujeres por la imposibilidad de cumplir con sus expectativas de lactancia y las condiciones del mercado para su reinserción laboral. Frente a esta dificultad, ninguno/a refiere la importancia sanitaria 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 y guarderías en los centros de trabajo como forma de promoción de la lactancia materna.

Por último, los/as profesionales refieren mayor facilidad para transmitir la importancia de la lactancia materna en la población de amas de casa que en mujeres que tienen empleos que requieren la reinserción laboral a los tres meses del nacimiento del niño/a. A partir de esto, se identifica una necesidad de reflexión más profunda e intersectorial sobre cómo resolver esta tensión entre la alimentación del/a bebe y la inserción laboral de las madres.

Imaginario sobre la diversidad familiar actual y su impacto en la salud infantil

En el campo de la salud mental los avances con respecto a la infancia en el marco de las nuevas configuraciones familiares suelen abordar el impacto de las mismas en los modos de crianza y en la constitución del psiquismo. En vista de ello, fue fundamental explorar el imaginario que construían los profesionales de la

salud frente a estos nuevos fenómenos que se presentan en la consulta.

Algunos de los/as entrevistados/as indicaron que no han recibido capacitación específica en el tema de homo y monoparentalidades. En el caso en que hayan recibido, se limita a los aspectos técnicos y médicos ligados a las nuevas tecnologías de fertilización asistida. Sólo en dos instituciones los/as profesionales refieren que han realizado charlas y ateneos en la temática de la homoparentalidad. Algunos/as agregan haber leído mas sobre el tema por propio interés y refieren que existen algunos Congresos de Pediatría donde han podido hablar de estos temas, en relación más bien a los posibles riesgos en la salud de los niños/as de familias homoparentales, en los cuales se presentaron posiciones encontradas y no hubo coincidencias. Cabe destacar que se tratan de esfuerzos autogestivos (por parte de los propios equipos tratantes o los servicios) y no de inclusiones sistematizadas en los espacios formales de formación (carrera de grado y/o residencias).

Por último, si bien opinan que tienen derecho a tener sus propios prejuicios y dilemas y que el recaudo ético es poder darles visibilidad para poder trabajarlos, otorgan mucha importancia a la capacitación y valoran la oportunidad de las entrevistas de esta investigación como oportunidad de intercambio para poder pensar con perspectiva de género y seguir reflexionando sobre estos temas. Además, enfatizan la importancia de tener en cuenta las cuestiones personales y la capacitación e identifican que en los Congresos de Pediatría hace falta hablar sobre estas temáticas, dado que hay gente que se preocupa sobre estas temáticas desde diversas perspectivas y puntos de vista que les parecen de importancia conocer. Identifican que hace tiempo que se habla de la diversidad familiar en esos espacios de intercambio científico y se generan discusiones y debates al respecto. Esto es considerado por el equipo investigador como un progreso, puesto que anteriormente solo era un tema que se hablaba al interior de los equipos, por tanto, pasó de ser un tema de preocupación interna a plantearse como un tema de relevancia científica.

Imaginario sobre las configuraciones monoparentales

Respecto de las nuevas configuraciones monoparentales, en el ámbito privado señalan haber recibido mayor cantidad de consultas de madres que decidieron voluntariamente tener sus hijos solos. Algunos/as profesionales manifiestan su preocupación a futuro.

'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' (Pediatra 8, Medica de Planta, Hospital Público).

En el ámbito público no han recibido consultas por hijos/as concebidos por fertilización asistida, sí en el ámbito privado, en el que 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 señaladas 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.

Imaginario sobre las configuraciones homoparentales

Respecto de las configuraciones homoparentales, tanto en el ámbito de atención público como privado, los/as entrevistados/as refieren tener muy poca experiencia en consultas de estas familias, coincidiendo en la necesidad de capacitación al respecto. En este sentido, los pediatras refieren que no todos/as se consideran preparados/as para acompañar a las familias de configuración homoparental, dado que falta mucho para que esta configuración sea aceptada. En este sentido, consideran que es muy importante la instancia de prevención, puesto que son temas que necesitan un trabajo previo de reflexión y autogestión, explicando que ubican en el campo de la prevención lo que en nuestro campo denominaríamos análisis de la implicación. Refieren que hay que trabajar en las propias creencias, mandatos y cuestiones culturales que son muy importantes, pues intervienen en las prácticas. Asimismo, señalan la diferencia existente entre las teorías y el trabajo concreto con los/as otros/as.

Imaginario sobre el impacto de la violencia de género y abuso en la salud infantil

Los/as entrevistados/as refieren que no en todos los centros sanitarios 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 como problemática, sino que lo novedoso está en el aumento de las denuncias y visibilización de la temática, 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. Junto con ello, 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/as profesionales entrevistados/as en el ámbito privado refieren 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 proviene de sectores con menos recursos y, en algunos casos, de población marginal. Lo anterior lleva a visibilizar el peso que tiene en el imaginario de los profesionales el mito de que el fenómeno de la violencia y el abuso infantil suceden con mayor frecuencia en los sectores populares. También confirma la hipótesis de que en las capas medias y medias/altas existen diversas estrategias de ocultamiento, o bien, la violencia se manifiesta de forma más simbólica o psicológica.

Imaginario sobre la diversidad sexual actual y los trastornos en la identidad de género

En los casos de trastornos en la identidad de género (intersexualidad, transexualidad, travestismo) se ha abierto la discusión para poder pensar qué otras formas son posibles. En relación a los casos de intersexualidad se está debatiendo que lo mejor no es asignar un sexo lo antes posible y se plantea evitar las intervenciones quirúrgicas normativizadoras hasta que el sujeto se encuentre en edad madura y pueda involucrarse en la decisión. Al mismo tiempo, varios servicios de salud y equipos médicos, siguen considerando la ambigüedad sexual como una situación de urgencia en el ámbito de la neonatología.

Los/as entrevistados/as refieren no haber recibido consultas directamente por estas situaciones. Sin embargo, se identificó un tipo de demanda llamativa que los padres varones realizan, en tanto preocupación acerca del tipo de juego de sus hijos varones. Los/as entrevistados/as refieren que a estos padres les causa mucha inquietud cuando los juegos no son los "clásicos" de género masculino. De alguna manera temen que sus hijos varones adquieran modelos de masculinidad más flexibles, pues asocian identidad de género con práctica sexual, en este caso, homosexualidad, lo cual es aún considerado como falla en la función parental y como práctica no deseable. De este modo, los padres solicitan a los profesionales reafirmar tempranamente la constitución de modelos de masculinidad hegemónica, como modalidad defensiva a la diversidad sexual que los/as atemoriza.

Respecto de este tipo de demandas, una gran parte de los/as profesionales consideran que las manifestaciones de indefinición identitaria de género en niños/as podrían ser consideradas problemáticas y que hay que hacerles seguimiento. Para los/las entrevistados/as se podrían

entender como episodios o etapas de indefinición identitaria de género o de exploración sexual sin considerarse, a priori, como una definición propiamente tal. Ello debiera entrar en tensión con una postura en las que se visibilizan situaciones de algunos/as niños/as que, muy tempranamente, se definen identitariamente con un género que no corresponde a su sexo biológico y otros/as que definen muy tempranamente su deseo por alguien del mismo sexo, por lo cual deberíamos estar visibilizando las infancias trans como prácticas validadas, que coincide con lo sostenido por los grupos LGTB al respecto.

Por otra parte, para algunos/as profesionales, los/as formados/as sobre todo como médicos/as generalistas, la diversidad sexual no es problemática en sí, sino que es el sufrimiento generado por las respuestas de las familias y/o de la sociedad. Tanto frente a los llamados trastornos de la identidad de género, como a la conformación de sexualidades diversas en la infancia, sostienen que debe trabajarse en apuntalar en cómo sostener la decisión de la elección y acompañar, no porque sea un trastorno, sino por los impactos nocivos generados por la reacción por parte de otros/as. Es decir, el mayor problema es 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.

Respecto de las instancias de formación/capacitación, la mayoría de los/as profesionales refirieron que no habían leído material científico (o han leído poco) respecto de los trastornos de identidad de género y que hay escasa presencia de estos temas en los congresos y jornadas a los cuales asisten. Con excepción de una ginecóloga infanto-juvenil con amplia formación en tratamiento de niñas que genotípicamente tienen un cromosoma Y, pero, fenotípicamente y como identidad, se sienten niñas.

Por último, de lo relevado, es este el campo en el cual hay mayor tensión entre la demanda de las familias y la intervención de los/as profesionales. Desde las familias aparece como motivo de preocupación y hay demanda de que el sector salud cure esto o certifique que ya va a pasar y la mayoría de los/as profesionales entrevistados/as asumen que su trabajo es que la familia pueda aceptar a ese/a chico/a en su proyecto de vida.

Discusión y conclusiones

A partir de la indagación de los imaginarios profesionales y los resultados obtenidos, podemos plantear que dado que estos/as profesionales intervienen de diverso modo en el seguimiento periódico del desarrollo del/a niño/a sano/a y en los procesos de salud/enfermedad, forman

parte muy significativa de los dispositivos de producción de socio-subjetivación de género que produce efectos en el ciclo de vida actual y en los siguientes. Es decir, los/as profesionales de los equipos de salud que trabajan con niños/as se ubican de manera privilegiada como protagonistas de la prevención en salud y de la promoción de condiciones de vida más saludables y para ello la inclusión de la promoción de la equidad de género es crucial.

El impacto de la intervención profesional en la producción de socio--subjetivación de género muchas veces está implícita o invisibilizada para estos profesionales. Esto se evidenció en la indagación de sus imaginarios acerca de la epidemiología diferencial por género, en el sentido de que en primera instancia refieren que todo es muy similar sobre todo en la primera infancia, para luego ir detallando las diferencias que sí perciben cuando se les consulta por temáticas específicas. Esto es importante de señalar porque podrían reproducir una serie de estereotipias de género que impactan en el cuidado de la salud, por ejemplo, fomentando la lógica del cuidado en mujeres y no en los varones, lo cual sobrecarga a las mujeres, en este rol tradicionalmente femenino y no genera recursos subjetivos de autocuidado en los varones. Por otro lado, algunos/as entrevistados/as realizaron un adecuado análisis de las circunstancias de género que condicionan un perfil específico, por ejemplo, en el tipo y gravedad de accidentes sufridos o en el impacto en la salud de la estimulación diferencial para la actividad física en uno u otro género. Sin embargo, estos saberes emergen de forma anecdótica o secundaria y no específica a su profesión como médicos. En este sentido, consideramos que deben ser legitimados como saberes específicos que todo/a profesional de la salud debe tener.

Por otra parte, es posible identificar inequidades de género en la calidad de atención en salud de niños/as relativas al marco teórico de base de los/as profesionales para la toma de decisiones, así como de sus concepciones particulares acerca de los temas de género en la infancia. Asimismo, es posible identificar sesgos relativos a aspectos del lado de la demanda diferencial por género de los/as pacientes y las familias que tendrían implicancias en la toma de decisiones y en la conducta profesional.

Una de las conclusiones centrales a las que ha arribado este estudio es la identificación de la necesidad de implementar prácticas de salud con un enfoque de género y de atención integral de carácter interdisciplinario e intersectorial, que abarque las diferentes modalidades de intervención institucional y el involucramiento de los/as profesionales. Los resultados de esta investigación han permitido a su vez identificar

los modos en que estos temas están atravesados por la perspectiva de equidad de género en la práctica cotidiana de la atención de salud e identificar las áreas de vacancia en las cuales es necesario establecer una transferencia de saberes y prácticas. Es decir, dado que los imaginarios profesionales inciden en la vida de niños y niñas, se requieren distintas instancias de trabajo con los/as profesionales como capacitación, sensibilización, espacios de reflexión, que permitan dar nuevas bases a sus prácticas y potenciar aquellas que son sensibles al género.

Por último, se considera que un análisis de estos componentes desde una perspectiva del campo de la subjetividad y género puede contribuir al logro de una mejor calidad de atención de los/as niños/as y una mejor calidad de vida en general. Este propósito puede cumplirse mediante la utilización de los resultados obtenidos en la elaboración de materiales e intervenciones de capacitación en servicio, que permitan la reflexión del personal de salud acerca de este aspecto de su práctica cotidiana.

Referencias

- Agudelo, P.A. (2011). (Des)hilvanar el sentido/los juegos de Penélope Una revisión del concepto imaginario y sus implicaciones sociales. *Uni-pluri-versidad* 11(3), 1-18.
- Baranchuk, N. S. (2008). El compromiso de las sociedades médicas con el acontecer social. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 10(1), 57-60. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivos/arg/2008/v106n1a13.pdf>
- Bardin, L. (1991). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bernzweig, J., Takayama, J.I., Phibbs, C. & Lewis, C. P. (1997). Gender differences in physician-patient communication: evidence from pediatric visits. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151, 586-591.
- Bruce, J. (1990) Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91. Recuperado de <http://www.popcouncil.us/pdfs/councilarticles/sfp/SFP212Bruce.pdf>
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- Constitución de la Nación Argentina (1994). *Ley N°244430*. Recuperado de <http://www.presidencia.gob.ar/images/stories/constitucion-nacional-argentina.pdf>
- Crossley, J & Davies, H (2005) Doctors' consultations with children and their parents: A model of competencies, outcomes and confounding influences. *Medical Education*, 39(8), 807-819. doi: [10.1111/j.1365-2929.2005.02231.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02231.x)
- Fernández, A.M. (2007). *Las lógicas de la colectividad: Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Guber, R. (2004), *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Hall J.A., Irish, J.T., Roter, D.L., Ehrlich, C.M. & Miller, L.H. (1994). Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*, 13(5), 384-92. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7805632>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mac Graw Hill.
- Iñiguez, L. (2008). *Métodos cualitativos de investigación en ciencias sociales. El análisis de la información*. Recuperado de <http://psicologiasocial.uab.cat/lupicinio>
- Irwin L.G., Siddiqi, A. & Hertzman, C. (2007). *Early child development: A powerful equalizer*. Final Report for the World Health's Organization: University of British Columbia. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91213.pdf>
- Lejarraga, H. (2005). Los derechos del niño y el rol del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(4), 344-347. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000400011
- Lo Russo, A. (2011). *Infancia, violencia y género: Análisis de discursos parentales* (tesis de maestría inédita). CEDES- FLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, E. (1985). Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 33, 55-63. Recuperado de http://www.hjunin.ms.gba.gov.ar/archivos/residencias/Bibliografia%20Comun/Modelo_Hegemonico.pdf
- Mercer, R. & Karolinski, A. (2007). La salud materno-infantil: Momento de cuestionamientos. ¿Cambio de paradigma? *Revista Hospital Durand*, 3, 84-86.
- 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 el desarrollo temprano en la infancia. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 37-45. doi: [10.4067/S0370-41062008000700007](https://doi.org/10.4067/S0370-41062008000700007)
- Ortiz García, M., Portuondo Alacán, O., Ahuar López, L. & Rodríguez Rivalta, I. (2004). La ética en la práctica pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*, 76(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000300010&script=sci_arttext
- Pittman, P. & Hartigan, P. (1996). Gender inequity: An issue for quality assessment researchers and

- managers. *Health Care for Women International*, 17, 469-186.
- Punta de Rodulfo, M.I. (2000). Esqueletos a la moda. En I. Meler & D. Tajer (Comp.), *Psicoanálisis y género. Debates en el Foro* (pp.259-268). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- 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*. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
- Standing, H. (julio, 2000). *Impactos de género de las reformas en salud. El actual estado de las políticas y la implementación*. Trabajo presentado en el VIII Congreso de la ALAMES. La Habana, Cuba.
- Tajer D. (2009). *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D., Attardo, C., Cuadra, M. E., Cunningham, M. V., Fontenla, M., Gaba, M., Jeifetz, V., Lo Russo, A., Reid, G., Straschnoy, M. & Zamar, A (Agosto, 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*. Trabajo presentado en I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.academica.com/000-020/239>
- Tajer, D., Cernadas J., Barrera M.I., Reid G., Lo Russo A., Gaba, M. & Attardo, C. (2010). Equidad de género en la calidad de atención de pacientes cardiovasculares. En G. J. González Pérez, M. G. Vega López & C. E. Cabrera Pivaral (Coords.), *Desigualdad social y equidad en salud: Perspectivas internacionales* (pp. 73-102). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de Intervención Social: Reflexión, metodología y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Whitehead, M. (1990). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington D.C.: Serie Traducciones Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/42712/mod_resource/content/1/Whitehead%20-%20los%20conceptos%20y%20principios%20de%20la%20equidad%20en%20la%20salud%20OPS%201991.pdf
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.