

GENERO EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD. DESAFIO NO RESUELTO.

Maria Isabel Matamala Vivaldi

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC.

La perspectiva de género como necesidad estratégica en la formación de los recursos humanos de salud

La equidad en salud se ha constituido en propósito central de las políticas de reforma en los últimos años y los discursos oficiales así lo explicitan. No obstante, la noción de equidad que incorporan tales discursos no siempre es global y, en general, se reduce preferentemente a equidad respecto a estratos socioeconómicos o etnias. Tal noción tiende a dejar fuera de las consideraciones operativas la equidad de género, igual que las referidas a grupos etarios, territorios, orientaciones sexuales, entre otras. No es posible construir bases de equidad verdaderas si no se toman en consideración las desigualdades de poder entre mujeres y hombres, construidas culturalmente a través de los procesos de socialización de género que las/os sitúan respectivamente en el lugar de lo femenino y en el lugar de lo masculino. Y si estas consideraciones de género no se cruzan transversalmente con las otras variables mencionadas - etnia, sector social, orientación sexual, edad, ubicación urbana/rural- a través de las cuales se expresan inequidades en salud.

Para realizar la equidad de género en salud - algunas de cuyas expresiones más evidentes son el acceso a los servicios, la participación ciudadana y la calidad de la atención- se requiere entender los procesos que constituyen a nivel simbólico, normativo, institucional y subjetivo la desigualdad entre mujeres y hombres. Al incorporar tales marcos conceptuales y ponerlos en práctica diariamente, será posible que quienes elaboran o ejecutan las políticas, modifiquen su forma de descifrar la realidad social y también los propios actos cotidianos con que refuerzan esa inequitativa realidad. Si tiene lugar dicho proceso, será posible ir desmontando esta desigual realidad y prefigurando otra, en donde lo femenino y lo masculino se resignifique y se viva tomando como base en la igualdad de poder y derechos.

Estas necesidades de cambio requieren una voluntad política que haga posible las respuestas. Los discursos oficiales y consensos internacionales respecto a la equidad y a la salud no son sino retórica cuando no existe una voluntad que promueva efectivamente los cambios subjetivos, cognitivos, éticos y políticos y subjetivos en las personas protagonistas de decisiones y acciones de salud en cada país.

Por ello definimos como necesidad estratégica la incorporación de la perspectiva de género en la formación de los recursos humanos de salud. Si esto se realiza verdaderamente, se estará abriendo paso a un nuevo paradigma en salud. Mirado así, estaremos de acuerdo en

que tanto los espacios gubernamentales como la sociedad civil y los organismos internacionales tienen desafíos particulares.

Aceptando el desafío en tanto que sociedad civil, desde mediados de la década de 1990, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, formuló una estrategia de formación de recursos humanos de salud con perspectiva de género. Ésta se diseñó a partir de tres programas, orientado cada uno de ellos a diferentes sectores: a) para quienes trabajan en el ámbito comunitario; b) para quienes trabajan servicios estatales o en diálogo e interacción con éstos; c) para quienes, desde el movimiento de salud de las mujeres, desempeñan tareas nacionales e internacionales.

Los fundamentos que respaldaron la iniciativa tuvieron que ver con:

1. El aporte de la perspectiva de género al campo de la salud y el desarrollo humano, a partir de ofrecer explicaciones inéditas de los fenómenos que están en la base de las desigualdades y que por ello determinan o condicionan vulnerabilidad respecto a los procesos salud-enfermedad, así como desigual acceso a los servicios de salud.
2. La certeza de lo imprescindible que es incorporar los nuevos marcos teórico-metodológicos de género en la planificación y en la realización de las políticas públicas de salud para operacionalizar propósitos de equidad y desarrollo humano.
3. La identificación de la necesidad de promover nuevos liderazgos en el sector salud, tanto en la institucionalidad de gobierno como en lo no gubernamental, en especial en el movimiento de salud de las mujeres.

Se plantearon como objetivos específicos:

- * Desarrollar estancias en centros considerados modelo respecto a sus temas de trabajo, sus metodologías y sus propuestas políticas.
- * Impartir cursos sobre género y salud en países de la región desde una alianza entre ONG integrantes de la vertiente feminista del movimiento de salud de las mujeres y entidades académicas interesadas en la incorporación de la perspectiva de género en la formación de los recursos humanos.
- * Realizar períodos de cursos e intercambio entre organismos internacionales y miembros del movimiento de salud de las mujeres con grados importantes de experiencia y de contribución al conocimiento en salud.

Una de nuestras experiencias: Universidad Itinerante, con su metodología de Cursos Internacionales “Enfoques de Género en Salud”

A partir del análisis desde la perspectiva de género de los perfiles epidemiológicos de salud de las mujeres en la región América Latina y Caribe, así como las demandas y propuestas de las propias mujeres, un comité docente constituido por mujeres profesionales de las ciencias sociales y de la salud integrantes de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC elaboró una propuesta educativa para personas directivas y profesionales de servicios de salud y de ONG.

Tal propuesta definió como contenido de base Género, Globalización y Reforma de Salud, e incluyó en su red curricular otros seis temas considerados clave para comprender las desigualdades de género en salud y también relevantes para efectuar propuestas político-programáticas favorables para la salud integral de las mujeres, incluidos sus derechos y ciudadanía.

Se diseñaron cursos de dos semanas de duración - 80 horas -, denominados “Enfoques de Género en Salud” , a realizar en número de dos por año en países de la región. En cada país, el curso se impartiría bajo la responsabilidad de una ONG o red nacional integrante de la RSMLAC, en coordinación con una Facultad o Postgrado de una Universidad nacional.

La oferta de módulos con perspectiva de género, además del ya mencionado, incluye: “Sexualidad, Cuerpo y Derechos Sexuales y Reproductivos”, “Género, Trabajo y Medio Ambiente”, “Bioética y Género”, “Calidad de Atención en Salud de las Mujeres”, “Violencia Contra las Mujeres”, “La Salud de las Mujeres Adultas Mayores”.

Las materias se organizaron en forma de módulos, cada uno de cuarenta horas, de los cuales “Globalización, Reforma en Salud y Género” se definió como módulo rector permanente, combinándose para cada curso con otro, seleccionado de acuerdo con las necesidades de cada país, según el criterio de las ONG y/o redes de salud.

Cada módulo ha sido planificado en sus objetivos, contenidos, metodología de desarrollo, resultados esperados y bibliografía por un equipo de dos o tres docentes. Para cada país se revisa y adecua el módulo para incorporar las particularidades nacionales.

En general, el desarrollo de los módulos es participativo: las sesiones lectivas se combinan con trabajo grupal de reflexión o de resolución de problemas, así como con trabajo de análisis bibliográfico. Cada participante recibe la programación del curso y un cuaderno con la bibliografía considerada imprescindible.

Los cursos han sido planificados e impartidos por un equipo docente regional integrado por mujeres pertenecientes a la RSMLAC, con experiencia académica o en producción de conocimiento, y también por docentes nacionales, calificadas/os respecto a los temas seleccionados en cada país y por académicas de la Universidad donde se imparte el curso.

La convocatoria en cada país se ha efectuado desde la RSMLAC y la Universidad nacional con que se ha efectuado el convenio de cooperación, la cual a su vez, otorga el

reconocimiento académico. Para hacerse acreedor/a a este último, se ha establecido como uno de los requisitos una asistencia del 80%.

Con el propósito de abrir oportunidades a las personas que viven en zonas alejadas de los centros se ha acordado otorgar un 40-50% de cupos a postulantes originarias/os de tales áreas. En algunos países como Brasil y Bolivia se ha optado por trabajar fuera de la ciudad capital; así, el propósito mencionado tiene mayores posibilidades de realizarse.

El proceso de evaluación respecto a las/os participantes incorpora un test diagnóstico inicial, evaluaciones de trabajos individuales y grupales y un test diagnóstico final. Respecto al curso, en lo inmediato incorpora una encuesta de evaluación final a las participantes y un análisis grupal.

En el mediano plazo la RSMLAC envía encuestas de seguimiento acerca de los procesos individuales y colectivos promovidos por el Curso.

Los resultados

Hasta ahora se han efectuado cuatro cursos, en Perú, Chile, Brasil y Bolivia. Se encuentra en etapa de organización un curso en Uruguay y en etapa de exploración de condiciones, uno en Venezuela.

Se ha trabajado en cooperación con la Maestría de Salud Pública de la Universidad Cayetano Heredia de Perú; con el Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, con el Instituto de Saúde Coletiva y el Programa de Estudos em Genero Mulher e Saúde, de la Universidades Federal de Bahía, Brasil, así como con el Centro de Estudios Sociales de la Universidad San Simón, de Cochabamba, Bolivia.

En Perú se diplomaron 34 personas, en Chile 26, en Brasil 37 y en Bolivia 36. Así, en los dos primeros años las personas directamente beneficiarias del programa alcanzaron a 133, lo que supera ampliamente las 90 planificadas para esta fecha, faltando aún realizar el curso en Uruguay.

a procedencia territorial de las participantes se distribuyó como sigue:

Procedencia:	Perú	Chile	Brasil
Ciudad capital	62%	42%	0%
Regiones, provincias o estados	38%	58%	100%

En Brasil, la composición de las personas participantes según territorio de procedencia se debe a que se acordó que por el carácter continental de ese país, el Curso se efectuaría en zonas alejadas, como el Nordeste.

La procedencia institucional de las personas participantes ha sido diversa, predominando sistema público de salud, ONG, academia y municipios, con un porcentaje del 90%; distribuyéndose el resto entre medios de comunicación, movimientos sociales e instituciones diversas.

La composición profesional ha sido muy variada, predominando las parteras o matronas y las médicas como grupos específicos, aunque se puede afirmar que hubo equilibrio entre las participantes del ámbito biomédico y de las ciencias sociales, con presencia también de profesionales de la educación, del derecho y de los medios de comunicación. Casi la totalidad de las participantes ocupan cargos de responsabilidad, con poder de decisión en los niveles nacional, regional o municipal y varias de ellas, pertenecientes al sistema público de salud, ocupaban en ese momento cargos de nivel máximo en el país.

En Chile se ha logrado un impacto en el mediano plazo, a través de réplicas o de adecuaciones del Curso, tanto en academia - Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción- como en el sistema de salud -Dirección de Salud de Municipio El Bosque, Región Metropolitana-, mediante las cuales se ha ampliado en 257 personas la cifra de beneficiarias/os de los Cursos. La realización de estas réplicas también constituye un indicador de la capacidad de liderazgo de las participantes que las han organizado.

Reflexiones necesarias y conclusiones

El esfuerzo ha tenido acogida y ha permitido estrechar lazos de cooperación entre la RSMLAC, vertiente del movimiento de salud de las mujeres, y la academia. No obstante, es preciso centrar la atención en un hecho sintomático: las personas que participan en los cursos son exclusivamente mujeres, a pesar de que éstos han estado abiertos a la posibilidad de participación masculina. Sólo en las réplicas chilenas, se ha inaugurado una presencia de hombres de 10-15%.

Esto refleja la persistencia de la idea errónea en cuanto a que género es un tema de mujeres, lo que a su vez, encierra un juicio de valor. Se da una suerte de sobreentendido: los decisores hombres no tienen necesidad de aprendizaje en torno al género, o no les interesa formarse en la perspectiva de género. Quedan interrogantes abiertos respecto a los motivos, entre los cuales podrían estar los miedos e inseguridades frente a un ámbito del conocimiento que les es ajeno, o también la omnipotencia, o el desconocimiento de lo que implica, aunque quizás ese desconocimiento bien pudiera despertar interés por indagar de qué se trata. Más allá del Programa Universidad Itinerante, la formación de recursos humanos de sexo masculino respecto al género es un problema aún no resuelto, que representa un desafío pendiente.

A pesar de lo anterior, cabe reiterar que el programa ha abierto oportunidades de formación, ha fortalecido liderazgos de mujeres en salud, en la academia, en ONG y en otros espacios; ha movilizad o cambios en los aspectos cognitivos, políticos, culturales y subjetivos, indispensables para modificar favorablemente las políticas públicas en salud, especialmente en lo referido a la reforma de salud y su impacto sobre la calidad de vida y el bienestar de las mujeres.

Bibliografía general

1. Género y Salud

Canada, Women's Bureau, Strategic Policy Branch, 1997. Gender-based Analysis Guide. Steps to incorporating gender considerations into policy development and analysis. Human Resources Development Canada SP-101-01-97 E. Traducción RSMLAC, 2000

De Barbieri Teresita, 1996. Certezas y Malos Entendidos sobre la Categoría Género. En: Estudios Básicos de Derechos Humanos IV, pp.47-84, Instituto Interamericano de derechos Humanos, San José, Costa Rica

Lamas Marta, 1993. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En: El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual. Programa Universitario de Estudios de Género, PUEG, UNAM, México.

Matamala Maria Isabel, 1999. El género en la planificación y supervisión de las políticas públicas de salud de las mujeres. Presentación al IV Congreso Iberoamericano y IV Congreso Chileno de Epidemiología, 2-6 nov.99, Santiago, Chile.

Moncarz Esther, 1996. Vivir Cansada. Reflexiones sobre Mujeres, Trabajo y Salud Mental. Cuadernos Mujer Salud N° 2/97 pp. 61-64, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Chile.

2. Estado de Bienestar -Estado Subsidiario

Blair Tony, Primer Ministro, 1997. Libro Blanco del Departamento y del Servicio Nacional de Salud de Reino Unido, 8 de diciembre de 1997, versión condensada, Reino Unido.

Laurell Asa Cristina, 1995. La Lógica de la Privatización en Salud. En: Política de Saúde: O Publico e o Privado. Catalina Eibenschutz (organizadora) pp.37-48, Editora Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil.

3. Crisis de la salud y las respuestas conocidas como reformas

Arroyo Juan, 1997. Vieja y Nueva Salud Pública en la Reforma del Sector Salud. Tensiones en Salud con la Globalización. Ponencia presentada en VII Congreso ALAMES, marzo 1997, Buenos Aires, Argentina.

Gómez Elsa, 1997. La Equidad en Materia de Género en la Reforma de la Asistencia Sanitaria. OPS, Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, MSD17/6 (Esp), 14 febrero 1997, Washington, DC.

Matamala Maria Isabel. Modelos de Salud en el Contexto de la Globalización. Revista Mujer Salud 3/97, pp. 57-67, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Chile.

Standing Hilary, 2000. Impactos de Género de las Reformas en Salud. El Actual Estado de las Políticas y la Implementación. Instituto de Estudios para el Desarrollo, Universidad de Sussex, Reino Unido. Documento de trabajo presentado al VIII Congreso de ALAMES, 3-7 de julio del 2000, La Habana, Cuba.