

Cuando la salud no es prioridad. Reflexiones sobre las prácticas profesionales en el Servicio de Clínica Médica en un hospital del conurbano bonaerense

Por Cecilia del Castillo y María Antonela Sagardoytho

Cecilia del Castillo. Lic. en Trabajo Social UNLAM (Universidad Nacional de La Matanza, Argentina). Jefa de Residentes de Trabajo Social Hospital Interzonal General de Agudo Eva Perón de San Martín. Residente de Trabajo Social HIGA Eva Perón de San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina.

María Antonela Sagardoytho. Lic. en Trabajo Social UNLP (Universidad Nacional de La Plata, Argentina). Instructora residencia de Trabajo Social Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Jefa de residentes HIGA Eva Perón de San Martín, Residente de Trabajo Social, HIGA Eva Perón de San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El presente trabajo surge de interrogantes e interpelaciones en el quehacer profesional en los procesos de intervención en el marco de las rotaciones realizadas por la residencia de Trabajo Social en el Servicio de Clínica Médica¹ de un Hospital del conurbano bonaerense.

El objeto del trabajo es poder describir y reflexionar acerca de cómo el género, en tanto determinante de la salud, afecta los modos en que varones y mujeres del SCM de dicho hospital transitan el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Partimos de interrogantes -que surgieron en las diferentes rotaciones- en torno a la población internada, ya que se observa que en su mayoría son varones y son quienes presentan mayor deterioro en las condiciones de su salud y, en ocasiones, recurren a la atención en el momento agudo y/o en la urgencia de la enfermedad.

Es por ello que para la realización de este trabajo nos preguntamos: ¿por qué hay más internaciones de varones? ¿Y las mujeres? ¿En qué condiciones llegan los varones al hospital? ¿Cómo son las condiciones de las mujeres? ¿Cómo transitan la internación los varones y cómo la transitan las mujeres? ¿De qué enferman varones y mujeres? ¿Existe alguna relación con el género?

Para desandar estos interrogantes utilizamos datos estadísticos provenientes del instrumento utilizado por Trabajo Social para realizar entrevistas (ficha social), que posteriormente fueron volcados en gráficos para su mejor comprensión. Cabe aclarar que los datos estadísticos presentados y analizados representan las situaciones que tuvieron intervención desde Trabajo Social durante el periodo de un año.

Caracterización del Servicio de Clínica Médica (SCM)

El SCM, se encuentra en el 2° y 3° piso del hospital y cuenta con un aproximado de 70 camas de

1 En adelante SCM

internación, tanto para varones como para mujeres. La población destinataria de este servicio se vincula con personas mayores de 16 años de edad. Sin embargo, se observa una escasa y casi nula población adolescente, la mayoría corresponde a personas adultas y adultas mayores.

Entre los motivos de internación encontramos: enfermedades crónicas no transmisibles, en su mayoría diabetes, accidente cerebro vascular, problemas cardiovasculares, epoc², otras de origen infeccioso como lo son la tuberculosis y la neumonía, también infecciones de transmisión sexual: VIH³, no siendo éste el motivo de internación sino el de enfermedades oportunistas como la toxoplasmosis, producto del avance del virus en el cuerpo.

Las intervenciones de Trabajo Social en el SCM están orientadas a trabajar sobre el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas que se encuentran internadas, haciendo foco en generar las mejores condiciones posibles de atención-cuidado durante la internación y, luego del alta, trabajando sobre las diversas estrategias tanto con la persona como con la red socio-familiar que acompaña durante la internación.

El género como determinante de la salud

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado es diferente en varones y mujeres. Esta diferencia, cuando es injusta y evitable, se convierte en desigualdad y se relaciona con los estereotipos de género construidos en cada sociedad.

Los estilos de vida de varones y mujeres son diferentes. Según la OPS⁴, los varones tienen conductas “menos saludables”, lo cual estaría relacionado con las mayores prácticas de riesgo que asumen desde los modelos tradicionales de masculinidad. Estas conductas producen efectos en la salud de varones y explicaría, en parte, por qué son varones quienes representan el mayor porcentaje de internados en el servicio de clínica médica, constituyéndose en un 68% del total.

De esta manera, Pombo (2012) afirma lo siguiente:

El género opera como un determinante de la salud, ya que, las construcciones sociales de género condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud, y toman decisiones respecto al cuidado de su salud-enfermedad (Pág.3).

Los varones se ven obligados a ejercer el rol de proveedores, siendo sancionados socialmente cuando no pueden cumplir con el mismo. Rol que se vincula a la creencia de que por ser varón se es fuerte, valiente, racional, etc. Esto genera perfiles epidemiológicos específicos por la sobrecarga laboral y por las condiciones en las que se desarrollan.

Si se observa la morbimortalidad masculina, los varones viven menos que las mujeres, identificándose dos grandes causas: la primera tiene que ver con los accidentes (relacionada con la exposición a mayores riesgos) y la segunda con enfermedades cardiovasculares. Para Tajer (2004), ambas causas son efectos de los modelos de masculinidad hegemónica en la vida y en la salud de

2 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

3 Virus de Inmunodeficiencia Humana.

4 Organización Panamericana de la Salud

los varones (pág.10).

En clínica médica se identifica esta relación. Los motivos de internación de mujeres y varones difieren, siendo los varones quienes representan en mayor porcentaje las causas mencionadas anteriormente.

Menéndez (1994) sostiene que:

El mayor contacto de las mujeres con los servicios de salud se encuentra atravesado tanto por el rol de cuidadoras, que históricamente han debido asumir, como por el progresivo pasaje a la órbita del control médico de eventos otrora del dominio propio de las mujeres (Citado en Teodori, 2015)

Las mujeres, en su rol de garantes de la reproducción, son quienes realizan la mayoría de las actividades del proceso salud/enfermedad/atención, en respuesta a las necesidades propias y las de la unidad doméstica que componen. Dichas actividades, en el marco de las estrategias de cuidado desplegadas, impactan en su situación de salud.

Ante lo desarrollado nos preguntamos: ¿de qué manera impacta en el cuerpo de las mujeres el hecho de ser las responsables casi exclusivas de proporcionar los cuidados? ¿La relación cantidad de varones y cantidad de mujeres internados/as responde sólo a las conductas menos saludables de varones o también responde a que las mujeres, en su rol de cuidadoras exclusivas, no tienen tiempo, espacio, para la atención de sus propios malestares, dolencias?

¿Cómo se relaciona el proceso de salud/enfermedad/atención con las condiciones objetivas de vida?, relación que da cuenta de la profundización de los mecanismos de exclusión que lleva adelante el capitalismo, lo cual deriva en la feminización de la supervivencia, donde las mujeres son las encargadas de garantizar la reproducción cotidiana de sus unidades familiares ante las políticas de ajuste y la retirada del Estado, tal como plantea Mallardi (2015), retomando los aportes de Yamamoto haciendo referencia a la “cuestión social”, ya que ésta implica tanto determinaciones históricas objetivas que condicionan la vida de los individuos como dimensiones subjetivas producto de la acción de los sujetos.

Los sujetos de intervención que comprendieron el período expuesto para este trabajo sobrellevan múltiples enfermedades en las que predominan las de tipo crónicas no transmisibles: DBT/ACV/accidentes/cáncer/problemas cardiovasculares y las de carácter infeccioso, como la tuberculosis y VIH.

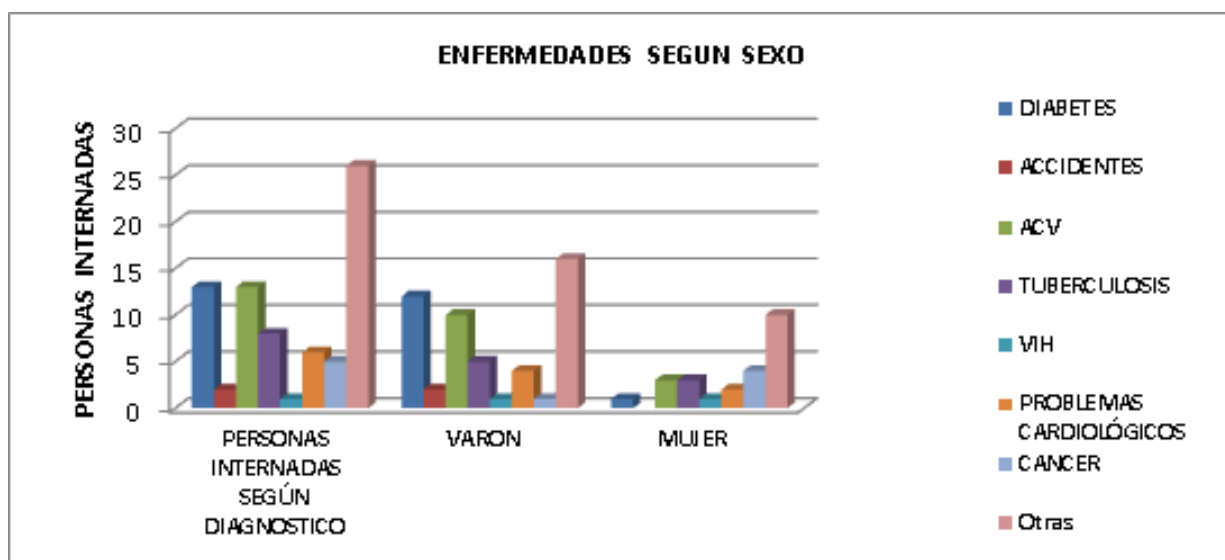
Si relacionamos la variable de sexo y “motivo de internación”, se observa que las mujeres enferman más por cáncer, no observándose varones con esta enfermedad en el periodo abordado.

En cuanto a internadas/os por diabetes, se observa que los varones representan mayor porcentaje que las mujeres, siendo un 92% y un 8% respectivamente, existiendo una gran brecha entre ambos, entendiéndose que esto se da de esta manera ya que la diabetes es una enfermedad que para su control/estabilidad requiere de conductas saludables -prevención- principalmente en la alimentación, conductas que no se dan en los varones, esto asociado fuertemente a los roles de género construidos culturalmente.

En lo que representa a problemas cardiovasculares, se detectó que los varones representan el 67% con respecto a un 33% de mujeres, dato que concuerda con lo desarrollado por Tajer, refiriendo que los varones enferman más de esta afección. Un dato llamativo es la proporción de

internadas/os por ACV, ya que son los varones quienes representan el mayor número con un 77%.

Algunas afecciones poseen un comienzo y un final definidos y otras han adquirido un estado crónico, esto último representado en su mayoría por la diabetes, como se puede observar en el siguiente gráfico:



¿Con qué dimensiones guarda relación la cronicidad de dichas patologías? Las estrategias de cuidado de la salud en el actual contexto socioeconómico se encuentran condicionadas por dos variables: la inserción en la estructura productiva y la posición ocupada en la división sexual del trabajo. Es decir, esas prácticas desarrolladas por los sujetos para preservar y atender su salud se encuentran condicionadas por componentes de clase y género. Esto se debe a que dichos componentes determinan aquello que se espera y demanda del cuerpo, en tanto que para los sectores populares, por ejemplo, el cuerpo constituye una herramienta de trabajo para la reproducción de la vida (Aréchaga, 2010).

En este sentido, la percepción y significación que los actores sociales le atribuyen a su parecer va a depender de esos componentes de clase y género, en tanto que las posibilidades de percibir e identificar un problema de salud están condicionadas económica y socioculturalmente.

Reflexiones finales

Los datos recopilados y analizados nos permitieron visibilizar cómo el género funciona como un determinante de la salud, afectando la forma en que mujeres y varones transitan su proceso salud-enfermedad-atención-cuidado: por un lado, los varones llegan a los servicios de salud cuando ya no dan más, con cuadros más avanzados, lo cual complejiza su pronóstico y explica por qué los varones representan el 68% de las internaciones. Por otro lado, las mujeres -si bien transitan con más frecuencia los servicios de salud- son las que representan el menor porcentaje de personas internadas (sólo el 32%), por lo cual nos preguntamos: ¿qué relación hay con su rol de cuidadoras? ¿Se debe a que acceden más tempranamente a los servicios de salud? ¿O su condición de cuidadoras exclusivas les impide acceder a su propia atención?

Dejar de ocultar de manera deliberada el rol que ocupa la mujer en el proceso de salud/enfermedad/atención permite al sistema de salud responder de manera integral y contextualizada a las problemáticas de salud que padece la población a nivel de los sujetos y/o del grupo social que conforman.

Sin embargo, si queremos incorporar una perspectiva de género en salud, debemos hacerlo abordando tanto la salud de las mujeres como la de los varones y, de esta manera, podríamos comprender por qué hay un perfil diferencial en la forma de enfermar entre ambos.

Lo dicho anteriormente debe proveer elementos tendientes a la problematización del ejercicio profesional cotidiano, a partir de la incorporación y reflexión en torno a las categorías analizadas; favoreciendo así una mirada crítica del profesional del Trabajo Social sobre los procesos sociales, como así también tomar los elementos tácticos operativos descritos y analizados por Mallardi, M (2012) con los que cuenta nuestro ejercicio profesional, los cuales nos permiten aproximarnos a la realidad de los sujetos.

Por este motivo apuntamos a la importancia de los registros en la profesión, ya que los registros escritos se constituyen en una de las bases materiales sobre las cuales la/el profesional se expresa y se posiciona y al mismo tiempo ellas/ellos mismas/os pueden atribuir contornos, prescripciones y ordenamientos a la intervención profesional. La importancia de éstos como instrumentos y fuente de conocimiento contribuye a la elaboración de un conocimiento situacional de los hechos, fenómenos, condiciones, para intervenir críticamente en los procesos.

Bibliografía

Gallo, M y Sagardoytho, A. (2018). “Informe final de rotación”. Servicio de Clínica Médica.

Oliva, A. Mallardi, M. (2012). “Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social”. UNCPBA, Buenos Aires.

Pombo G. (2012) “La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputar por la (des)politización del género”. Margen N° 66. Buenos Aires. Consultable en: https://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf

Tajer Débora, (2004) "Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud" en Políticas Públicas, Mujer y Salud. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán Colombia

Teodori, C. (2015). “A los saltos buscando el cielo. Trayectoria de mujeres en situación de violencia” Cap. 2 y 5. Ed. Biblos, Buenos Aires, Argentina.

Organización Panamericana de la Salud. Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud. Puede descargarse en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>