

BIAS FREE

**Aplicación del
marco conceptual *BIAS FREE*
para la eliminación de sesgos
de género en el proceso de
transformación del
Hospital de las mujeres
en San José, Costa Rica:
Sistematización de la experiencia**

Informe de Investigación

**MSc Jessica MacDonald Quiceno
Investigadora**

**Aplicación del marco conceptual *BIAS FREE*
para la eliminación de sesgos de género en el
proceso de transformación del Hospital de las Mujeres
en San José, Costa Rica:
Sistematización de la experiencia**

© Foro Mundial para la Investigación en Salud y
Organización Panamericana de la Salud, 2008
ISBN 978-2-940401-08-6

El Foro Mundial para la Investigación en Salud y la Organización Panamericana de la Salud se reservan todos los derechos según el Protocolo 2 de la Convención Universal sobre los Derechos de Autor. No obstante, el documento se puede revisar y resumir libremente con la oportuna identificación de la fuente, pero no para su venta o uso con fines comerciales. La solicitud de autorización para reproducir o traducir el informe, ya sea de manera parcial o en su totalidad, se enviará al Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud (véase la dirección más adelante).

El Foro Mundial para la Investigación en Salud y la Organización Panamericana de la Salud han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el documento se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material. El Foro Mundial para la Investigación en Salud y la Organización Panamericana de la Salud en ningún caso serán responsables de daño alguno derivado de su utilización.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la presentación de los datos que contiene no implican la expresión, por parte del Foro Mundial para la Investigación en Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, de opinión alguna acerca de la situación jurídica de países, territorios, ciudades o áreas o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas compañías o de determinados productos comerciales no implica que el Foro Mundial para la Investigación en Salud y la Organización Panamericana de la Salud los aprueben o recomienden con preferencia sobre otros análogos que no se citan. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por la letra inicial mayúscula.
Los autores son los únicos responsables de las opiniones que se expresan en este documento.

Se pueden solicitar más ejemplares gratuitos de esta publicación (en inglés o en español) en la página web www.globalforumhealth.org o en:

Foro Mundial para la Investigación en Salud
1-5 route des Morillons
C.P. 2100
1211 Ginebra 2
Suiza

T + 41 22 791 4260
F + 41 22 791 4394
Correo electrónico info@globalforumhealth.org

El Foro Mundial para la Investigación en Salud es una fundación internacional independiente con sede en Ginebra, Suiza. Está subvencionado por la Fundación Rockefeller, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y por los gobiernos de Canadá, Irlanda, México, Noruega y Suiza.

El documento fue traducido al inglés por Priscila Siu Matias, con financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud y con apoyo de la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud con sede en Costa Rica.

Impreso en Suiza.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Aplicación del marco conceptual *BIAS FREE* para la eliminación de sesgos de género en el proceso de transformación del Hospital de las Mujeres en San José, Costa Rica: Sistematización de la experiencia

Informe de Investigación

MSc Jessica MacDonald Quiceno
Investigadora

Agradecimientos

Este estudio de caso fue elaborado por MSc Jessica MacDonald bajo la dirección de MBA Zully Moreno Chacón Jefa Servicio de Trabajo Social del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, y Dr. Luis Guillermo Ledesma Izard, Director General del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, quienes lideraron el equipo encargado de la transformación del hospital. Mary Anne Burke y Margrit Eichler revisaron y retroalimentaron con sus comentarios el estudio de casos. El documento fue traducido al inglés por Priscila Siu, con financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud. El trabajo de estudio de caso fue financiado por Global Forum for Health Research. Nos gustaría también agradecer a las siguientes personas por su contribución y apoyo a este proyecto: Msc. Marielos Rojas Espinoza, Asistente Técnica de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Caja Costarricense Seguro Social; Dra. Darlyn Castañedas López, Médica Evaluadora del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva; Licda. Xinia Bustamante Castillo, Comunicadora Social OPS/OMS/COR; Dr. Mauricio Vargas, Consultor de Servicios de Salud OPS/OMS/COR; y Dr. Carlos Samayoa Castillo, Apoyo técnico-financiero de la Representación OPS/OMS en Costa Rica.

Un muy especial agradecimiento a todas las personas que aportaron sus experiencias y apreciaciones a través de las entrevistas y acompañamiento en el proceso de investigación. Sin su apoyo este trabajo no habría sido posible.

Indice

Siglas	vii
Resumen	viii
I	
Introducción	1
II	
Antecedentes	5
a.1 Características del país y su sistema de salud	5
a.2 Características del Hospital de las Mujeres	6
a.3 Coyuntura política en la cual surge la propuesta de transformación	7
III	
Proceso de transformación	9
b.1 Primera etapa: Construcción de una plataforma de apoyo político	9
b.1.1 Propuesta de convertir el Instituto Materno-Infantil en un Hospital de las Mujeres	9
b.1.2 Formalización de convenios e instancias para la toma de decisiones y conducción de los cambios	10
b.2 Segunda etapa: Formulación de la propuesta de cambio	11
b.2.1 Elaboración del Modelo de Atención Integral en la Salud de las Mujeres	11
b.2.2 Introducción de la planificación estratégica para guiar el cambio	12
b.2.3 La cooperación internacional	13
b.3 Tercera etapa: Proceso de sensibilización y capacitación en género	14
b.3.1 Capacitación en género	14
b.3.1.1 Taller de Análisis Basado en Género	15
b.3.1.2 Multiplicación del taller de ABG en el Hospital y las Áreas de Salud	18
b.4 Cuarta etapa: Desarrollo de estrategias de participación social	19
b.4.1 Fortalecimiento de mujeres lideresas de las comunidades	19
b.4.2 La Junta de Salud tiende puentes hacia las comunidades	23
b.5 Quinta etapa: Procesos de cambio en las formas de trabajo, prácticas en salud y gestión	25

b.5.1	Reformulación de programas	25
b.5.2	Cambios en las prácticas hospitalarias	27
b.5.2.1	Transformaciones en las prácticas obstétricas a partir de la Medicina Basada en la Evidencia	27
b.5.2.2	Mejoramiento de la calidad en la atención hospitalaria ginecológica y neonatal	30
b.5.3	Apertura y proyección del Hospital hacia las Áreas de Salud a través de la gestión en red	32
b.5.4	Transformaciones en la estructura organizativa, administrativa y políticas de recursos humanos	35
b.6	Proyecciones hacia el Futuro	37
IV	Avances en la equidad de género dentro y fuera del Hospital	39
V	Conclusiones	45
	Recomendaciones	51
	Cronograma de eventos	53
	Anexos	59
	Personas entrevistadas	59
	Hospital de las Mujeres	59
	Áreas de Salud y Clínicas	61
	Instituto Nacional de las Mujeres	61
	Sociedad civil	61
	Mujeres lideresas de las comunidades	62
	Observación	62
	Documentos revisados	62

Siglas

ABG (GBA)	Análisis Basado en Género
ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
AMASPSI	Asociación de Mujeres Aserriseñas y de San Juan de Dios Promocionando la Salud Integral
AMES	Asociación de Mujeres en Salud
AMPROSIA	Asociación de Mujeres para la Promoción de la Salud Integral de Acosta
ASIMDE	Asociación Salud Integral de las Mujeres Desamparadeñas
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
AyA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
BIAS FREE	Building an Integrative Analytical System for Recognizing and Eliminating InEquities
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEDARE	Centro Docente Asistencial de Referencia
CENDEISS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
CTISS	Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
GBA	Análisis Basado en Género
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
INS	Instituto Nacional de Seguros
MS	Ministerio de Salud
ONG's	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud (PAHO)
PIB	Producto Interno Bruto
TCC	Tratado de Cooperación Técnica entre Canadá y Costa Rica
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNICES	Unidad de Cuidados Especiales
UNINOB	Unidad de Observación
WHB	Women's Health Bureau

Resumen

En el año 1998, un pequeño equipo interdisciplinario emprendió la tarea de colocar los derechos humanos y las mujeres en el centro de una transformación planificada de una maternidad a un hospital de las mujeres de mayor alcance en Costa Rica. Como otros que les antecedieron en el interés de implementar un abordaje centrado en las personas, quienes lideraban el proceso de cambio sabían “qué” deseaban hacer, pero por dos años estuvieron estancados sin saber “cómo” hacerlo.

En el año 2001, un taller de capacitación los puso en contacto con el marco conceptual *BIAS FREE*, lo que se convirtió en la llave que desbloqueó el proceso; les dio el “cómo” que les faltaba.

Este estudio de caso se presenta como modelo de manera que otros puedan beneficiarse de la experiencia en Costa Rica. Si bien la Organización Mundial de la Salud ha reconocido como el abordaje basado en derechos y centrado en las personas es una buena práctica para lograr el nivel más alto posible de salud, la puesta en práctica de este acercamiento ha sido problemática.

Sostenido por un acercamiento basado en derechos, la Iniciativa de Atención la Gente en el Centro [People at the Centre of Care Initiative (PCI)] busca promover el cuidado en salud centrado en la gente como un medio que contribuya a alcanzar el nivel más alto posible de la salud de toda la gente como la realización de un derecho humano básico... A pesar de su larga historia y su creciente popularidad, el cuidado centrado en la gente no ha sido satisfactorio ni declarado colectivamente a nivel del sistema de salud, para encapsular las necesidades, los deseos y las expectativas de individuos, familias y comunidades, y cómo personal de la salud, los administradores de la salud, y los burócratas podrían responder. [Gente en el centro de la iniciativa del cuidado, WHO. Ginebra. www.wpro.who.int/sites/pci/home.htm y www.wpro.who.int/sites/pci/health_care.htm]

Este estudio de caso de la transformación del Hospital de las Mujeres el Dr. Adolfo Carit Eva en San José, Costa Rica documenta una emocionante historia exitosa en la incorporación de los derechos humanos y el abordaje centrado en la gente en la atención en salud. Demuestra cómo el uso constante, cuidadosamente planeado y estratégico del marco conceptual *BIAS FREE* por parte de un equipo líder dedicado y experto, era la llave de este éxito.

El marco conceptual *BIAS FREE* apoyó sustancialmente el proceso de planificación estratégica y fue aplicado a cada aspecto del hospital, transformando la visión y la misión del hospital, la estructura de gerencia, abordaje comunitario, capacitación, selección del personal e infraestructura.

El estudio de caso presenta los grandes beneficios que resultaron para los pacientes, las comunidades, el personal y el sistema de salud - resultados tan convincentes que el Ministerio de la Salud tiene planes de poner el modelo en ejecución en los otros hospitales del país.

I Introducción

La incorporación del enfoque de género en los servicios de salud, involucra grandes retos y procesos de cambio complejos. En Costa Rica el trabajo realizado en ese sentido es variado, sin embargo, la transformación del Hospital de las Mujeres constituyó una experiencia única donde se unieron diversos esfuerzos, se formularon propuestas y se desarrollaron una variedad de metodologías. Su documentación pretende ser un aporte que permita contar con evidencia y así aprender de sus logros y sus desaciertos.

A finales de los años 90, el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, antiguo Instituto Materno-Infantil, se vio inmerso en el proceso de modernización de las instituciones prestadoras de servicios de salud del país y a su vez se convirtió en un escenario oportuno para la implementación de un nuevo modelo de atención que incorporara el enfoque de género en su quehacer.

La implementación de un nuevo modelo de atención integral en el Hospital de las Mujeres y sus áreas de atracción, ha sido un proceso complejo en el cual confluyen diferentes iniciativas y múltiples influencias. En la actualidad se pueden apreciar avances y retos pendientes que solo son comprensibles a partir de un acercamiento a los procesos vividos por los diferentes actores involucrados. Es difícil poder adjudicar a una sola iniciativa los logros alcanzados. Sin embargo, interesa en este documento resaltar el aporte particular que tuvo la metodología de Análisis Basado en Género, específicamente el Marco Conceptual *BIAS FREE* (*BIAS FREE Framework*)¹ elaborado por Mary Anne Burke y Margrit Eichler², en esta transformación y los avances logrados en equidad de género.

El *BIAS FREE Framework* es un instrumento diseñado para identificar y eliminar sesgos que derivan de jerarquías sociales, y ha sido aplicado especialmente en investigaciones de salud. El mismo fue presentado por las autoras en febrero

¹ Las siglas de *BIAS FREE* responden a Building an Integrative Analytical System for Recognizing and Eliminating Inequities, que en español se traduciría como “Construir un Sistema Analítico Integral para Reconocer y Eliminar InEquidades”.

² Burke MA and Eichler M. (2006) The *BIAS FREE Framework*: A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Global Forum for Health Research. www.globalforumhealth.org.

del 2001, al personal de salud involucrado en la transformación del Hospital de las Mujeres, en una versión preliminar que solo contemplaba sesgos de género, y fue aplicado a la realidad de los servicios de salud. El marco de referencia de Análisis Basado en Género (GBA Framework), como se llamaba en ese momento, fue aplicado por los participantes del taller no solo referido al género sino también a raza y discapacidad. Fue esta experiencia la que impulsó a las autoras a reenfocar la herramienta de manera tal que pudiera abordar todas las jerarquías sociales, por lo que se le nombró *BIAS FREE* Framework. A través de este documento, el marco conceptual de Eichler-Burke es referido por su nombre revisado, el *BIAS FREE* Framework. Poder contar con evidencia sobre el aporte de instrumentos como éste, tiene un gran valor para futuras experiencias dentro y fuera del país.

Este documento se organiza de manera tal que en un primer apartado se presentan los antecedentes que motivaron y generaron las condiciones para la transformación del Hospital de las Mujeres. En el mismo interesa comprender como surge la iniciativa y que alianzas se lograron establecer para su desarrollo. Una vez establecidos estos antecedentes se sistematiza la experiencia tratando de identificar las estrategias formuladas para apoyar el proceso de cambio del Hospital y se ubica entre ellas el Análisis Basado en Género. Para luego señalar las transformaciones que efectivamente se lograron realizar y su impacto en la salud y en las vidas de las mujeres.

Este documento es el resultado de una investigación basada en la revisión de documentos, entrevista a informantes clave y la observación de procesos de atención de la salud, así como eventos importantes en los cuales se pudo captar e identificar el grado de incorporación del enfoque de género, los avances en cuanto al empoderamiento de las mujeres y la equidad de género.

Se concluye el documento extrayendo las lecciones aprendidas a lo largo de la experiencia de transformación del Hospital de las Mujeres y las Áreas de Salud de atracción y un cronograma de eventos que permite sistematizar las actividades que se fueron dando en forma secuencial.

Esta investigación realizada por Jessica MacDonald Quiceno fue financiada por el Global Forum for Health Research y contó con el acompañamiento y apoyo de Mary Anne Burke, Margrit Eichler quienes muy amablemente suministraron la información requerida y apoyaron la revisión del documento.

En el proceso de investigación y la elaboración de este documento fue fundamental el acompañamiento de la MBA Zully Moreno y el Dr. Luis Ledesma, quienes en su papel de protagonistas y conductores del proceso de cambio dentro del Hospital de las Mujeres, fueron una importante guía en este trabajo. A su vez fueron interlocutores con quienes hacerse preguntas y enriquecer los resultados de la investigación; y lo más importante se hicieron responsables en el proceso de retomar los hallazgos de esta investigación para seguir planteando cambios dentro y fuera del Hospital, en favor de una atención alternativa en salud de las mujeres. También fue fundamental la revisión del documento por parte de la MSc Ana Rojas, ex funcionaria del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) quien en su momento, fue la persona responsable

por parte de esa institución de orientar y conducir el diseño del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, junto con MBA Moreno y Dr. Ledesma, en la Comisión Técnica del Hospital de las Mujeres y de acompañar de cerca su implementación desde el año 1999 al 2003.

Esperamos que este documento sirva de referencia para futuros procesos de transformación dentro del sistema de salud costarricense y en otras latitudes.

II Antecedentes

a.1 Características del país y su sistema de salud

Costa Rica es un país latinoamericano ubicado en Centroamérica, tiene una extensión de 51 100 km², y limita al norte con Nicaragua, al sureste con Panamá, al este con el mar Caribe y oeste con el Océano Pacífico.

El país cuenta con una población de 4.189.300 habitantes, de los cuales el 49,1% son mujeres y un 50,9% hombres. Un 59% de la población reside en el área urbana y 41% lo hace en el área rural. La tasa de crecimiento poblacional entre el año 1984 y el 2000 fue de 2,8% anual y según proyecciones para el año 2015 se espera una disminución en el crecimiento a un 1,8% anual. La estructura de la población en el país muestra un progresivo proceso de envejecimiento debido al descenso en la mortalidad y la fecundidad. En la actualidad la tasa global de fecundidad representa un promedio de dos hijos por mujer. La esperanza de vida al nacer es de 79,1 años; 76,9 años para los hombres y 81,4 años para las mujeres. Y el país invierte un 6.7% de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud.

El Sistema de Salud costarricense está conformado por el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), el Instituto Nacional de Seguros (INS), Universidades y Municipalidades.

El país implementó una Reforma de Salud a partir de la década de los años 90, según la cual se buscó modernizar el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) con el fin de mejorar la equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad, participación y control de los sistemas y servicios de salud. El proceso de reforma comprendió cuatro componentes: rectoría de salud por parte del Ministerio de Salud, readecuación del modelo de atención de la CCSS como prestadora de servicios de salud, saneamiento financiero, al igual que modernización de las estructuras, sistemas de trabajo y procedimientos de gestión de ambas instituciones. La estructura de financiamiento de la CCSS se apoya en las contribuciones de trabajadores, patronos y Estado.

La readecuación del modelo de atención de la CCSS lleva implícito el fortalecimiento de la atención primaria en salud y el establecimiento de tres niveles de atención diferenciados. En un primer nivel de atención el territorio nacional está dividido

en Áreas de Salud, que son por lo general acordes con la distribución cantonal del país. Dichas Áreas de Salud están divididas a su vez en sectores de salud a los cuales se les asigna un equipo básico de atención integral en salud (EBAIS) conformado en lo mínimo por médico(a) general, auxiliar de enfermería y asistente de atención primaria (ATAP) quienes deben dar cobertura de atención en salud a un promedio de 5,000 habitantes. Estos equipos cuentan con el apoyo de un Equipo Interdisciplinario en las Áreas de Salud. En un segundo nivel de atención se cuenta con Clínicas Mayores y Hospitales Periféricos que disponen de personal de salud especializado con un mayor nivel de resolución de problemas de salud y reciben las referencias del primer nivel de atención. Un tercer nivel de atención comprende los Hospitales que cuenta con personal más especializado y deben ofrecer una atención de mayor complejidad dentro del sistema. Estos tres niveles de atención deben responder al Modelo de Atención Integral en Salud, mejorar el acceso de la población a los servicios y dar especial énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

a.2 Características del Hospital de las Mujeres

El Hospital de las Mujeres fue creado en 1914 con el nombre Maternidad Carit destinada a la atención de las mujeres de escasos recursos económicos. Más tarde se le asignó el nombre de Instituto Materno Infantil Carit dedicado a las actividades especializadas en Ginecología, Obstetricia y Neonatología de baja y mediana complejidad. A lo largo de su historia, este instituto ha cumplido una función importante en la formación de personal de salud tanto del campo médico como de enfermería en el área de obstetricia. Esto llevó a la designación del Instituto como Centro Docente Asistencial de Referencia (CEDARE) por parte del Consejo Nacional de Educación Permanente en Materno Infantil dentro de la CCSS.

A partir de 1999 este instituto cambió su nombre al de Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva y con ello se ha encaminado a elevar el nivel de complejidad. Su población adscrita es de 250.000 mujeres mayores de 15 años, y por el perfil de este hospital la mayoría de las mujeres que buscan atención están en edad reproductiva, un 81% de la atención es dirigida a mujeres entre 20 y 44 años. La población atendida representa el 71.4% del total de mujeres de la zona de atracción. Parte de esta población proviene de estratos sociales medios y bajos de sectores con características urbano – marginales, principalmente de los Barrios del Sur de la provincia de San José.

Este hospital cuenta con 104 camas; en el año 2005 se registraron 11.641 egresos, de los cuales un 60% fueron del servicio de obstetricia, se atendieron 6,360 partos, mientras que los servicios de ginecología representan un 17% de los egresos hospitalarios, neonatología un 13% y cirugías el 10% restante.

El Hospital cuenta con 425 empleados de los cuales el 67% son mujeres y el 33% hombres. Si bien existe una mayoría de empleadas mujeres, la dirección y subdirección hospitalaria al igual que las jefaturas médicas son ejercidas por profesionales hombres.

Dentro de la red de servicios de salud, el Hospital de las Mujeres recibe referencias de dos Clínicas Mayores que son la Clínica Dr. Carlos Durán y la Clínica Dr. Marcial Fallas, ambas cuentan con los recursos de un segundo nivel de atención y atienden población urbana con algunos sectores marginales. En un primer nivel de atención,

las Áreas de Salud de Desamparados, Aserri, Acosta y Corralillo están adscritas al Hospital de las Mujeres. Según el último censo de población (año 2000), el cantón de Desamparados tiene un 88% de población urbana, mientras que Aserri un 60.4% y Acosta un 22.1%.

a.3 Coyuntura política en la cual surge la propuesta de transformación

En la administración de gobierno Rodríguez Echeverría (1998-2002), se dieron varias condiciones que combinadas resultaron muy favorables para proponer transformaciones en el Hospital de las Mujeres. Por un lado el avance del proceso de descentralización dentro de la CCSS estipulado en la Reforma de Salud con la aprobación de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas (Ley #7852)³. Esta ley vino a facilitar procesos de autonomía de las unidades de salud, la definición de la oferta de servicios y su evaluación, al igual que abrió espacios para la incorporación de las comunidades en la toma de decisiones administrativas y financieras. A su vez, para dicha administración la participación social cobró especial relevancia en las políticas sociales impulsadas⁴.

Por otra parte, también en ese período de gobierno se logró posicionar la problemática de la desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres como una prioridad a ser abordada. Esto se pudo concretar a partir de abril de 1998 cuando la Asamblea Legislativa aprobó la transformación del Centro de Desarrollo de la Mujer y la Familia, anteriormente adscrito al Ministerio de Cultura, en el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU, Ley #7801) como instituto autónomo y descentralizado. Con esta decisión se elevó el rango político administrativo y se ampliaron las funciones y atribuciones del antiguo Centro. El INAMU se creó como instancia rectora de la política nacional para la igualdad y equidad de género, y a su interior se formó el Área de Gestión de Políticas Públicas para la Equidad, entre las cuales se contempla como un eje fundamental las políticas de salud. A su vez se crea la figura de la Ministra de la Condición de la Mujer a la cual se le asigna la conducción del INAMU, y con ello se eleva la atención de los temas relacionados con las mujeres y género al más alto nivel en la toma de decisiones que corresponden al Consejo de Gobierno.

Hay que destacar también el compromiso que asumió en esa administración de gobierno la Viceministra de Salud con el bienestar de las mujeres, y el interés del

³ Esta ley permite a los hospitales públicos y otras unidades de salud gozar de una mayor autonomía presupuestaria y de gestión interna de recursos humanos y administrativos. Con ello se transfieren facultades a estas unidades de salud que antes eran establecidas desde una planificación centralizada del presupuesto y los recursos. Esto se acompaña de la creación de los Compromisos de Gestión, instrumento administrativo a través del cual la Gerencia Administrativa de la CCSS pacta una oferta de servicios de salud con cada unidad de salud durante un período de tiempo estipulado. El cumplimiento del compromiso se acompaña con la adjudicación de recursos financieros de la institución. A su vez, esta ley crea la figura de las Juntas de Salud que son integradas por representantes de usuarias(os) de los servicios y del sector patronal para asumir una función de control ciudadano a través de la vigilancia de la gestión y las decisiones administrativas y financieras que toma cada unidad de salud. También son las instancias a las cuales se les asigna la promoción de la participación ciudadana.

⁴ En esa administración de gobierno se desarrollaron Programas Sociales como el “Triángulo de Solidaridad” en el cual se buscaba crear alianzas entre comunidades, empresas e instituciones públicas para el desarrollo local. Se promovieron diferentes metodologías que favorecieran el fortalecimiento de las comunidades y su participación en la toma de decisiones políticas y distribución de recursos a nivel local.

Presidente Ejecutivo de la CCSS en los procesos de transformación del Hospital. Esto permitió contar con un apoyo desde las altas jerarquías en salud para canalizar recursos y tomar decisiones institucionales que serían propuestas desde el nivel técnico.

En ese contexto la transformación del Instituto Materno-Infantil en un Hospital de las Mujeres se tornó una oportunidad para hacer converger intereses políticos y técnicos en una nueva propuesta de atención en salud a las mujeres como se podrá apreciar a continuación.

III Proceso de transformación

En este apartado se identifican las etapas a través de las cuales se fueron dando las transformaciones del Hospital de las Mujeres.

b.1 Primera etapa: Construcción de una plataforma de apoyo político

En esta etapa se dieron y crearon las condiciones políticas para realizar los cambios deseados. En ello la convergencia de intereses y necesidades sentidas por diferentes instancias tanto técnicas como políticas fue fundamental. Era necesario crear alianzas estratégicas para posicionar el enfoque de género como orientador de las transformaciones a implementar en el Hospital de las Mujeres.

b.1.1 Propuesta de convertir el Instituto Materno-Infantil en un Hospital de las Mujeres

El Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva, permaneció por muchas décadas sin modificaciones sustanciales en infraestructura y recursos tanto materiales como humanos a pesar de la creciente demanda y nuevas exigencias de atención. Desde finales de la década de los años 80 la falta de recursos e inadecuada planta física impulsaron diversas iniciativas por lograr apoyo de las autoridades de la CCSS para atender estas necesidades. En la década de los 90 se hicieron varios diagnósticos y se recomendó la dotación de recursos humanos y materiales al igual que la mejora de la planta física con el objetivo de crear un Centro Médico de Alta Complejidad con servicios asistenciales, docentes y de investigación. Esta propuesta fue impulsada por un grupo de médicos de la institución interesados en fortalecer la atención especializada desde un enfoque de riesgo biológico que permitiera incorporar tecnología de alta complejidad. Sin embargo, nunca se llegó a concretar los cambios deseados por contar con poco apoyo desde las autoridades del Hospital.

Varios diagnósticos de clima organizacional indicaron como la institución contaba con un recurso humano de excelente calidad y comprometido con su trabajo pero muy desmotivado por el estancamiento en que caían a pesar de los diversos intentos de promover cambios. A su vez, la readecuación del modelo de atención en la CCSS se tornó una amenaza de cierre de la institución, ya que el mismo no respondía a un perfil de Hospital Especializado que cumpliera los requisitos de complejidad propios de un tercer nivel de atención.

En la administración Rodríguez Echeverría (1998-2002), la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, el más alto nivel de decisión en la institución, retomó las inquietudes de mejorar el desempeño del Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva. Con esa intención se adquirió terreno aledaño para ampliar las instalaciones del Instituto y se hizo un diseño de planta física que permitiera mejorar las condiciones de trabajo. A su vez, la iniciativa de transformar el Instituto Materno-Infantil en un hospital especializado de nivel nacional se acompañó con la propuesta de modificar su nombre al de Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.

El cambio de nombre propició el acercamiento de las autoridades tanto del Hospital como de la CCSS a la Ministra de la Condición de la Mujer y el INAMU. Surgió entonces desde el INAMU la propuesta de desarrollar un proyecto de fortalecimiento de las capacidades institucionales de este establecimiento de salud desde la perspectiva de género. Esto dio un giro a la propuesta de transformación del Hospital y se aprovechó la oportunidad para definir un Modelo de Atención Integral en Salud de las Mujeres que guiara el quehacer de los servicios de salud en todo el país en materia de salud de las mujeres. El mismo sería aplicado en el hospital como experiencia demostrativa.

b.1.2 Formalización de convenios e instancias para la toma de decisiones y conducción de los cambios

Para la formulación e implementación del Modelo de Atención Integral en Salud de las Mujeres se firmó un convenio de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud, el INAMU y la CCSS. Entre las cuatro líneas de trabajo que acordaron desarrollar en forma coordinada, se estableció la readecuación del Modelo de Atención de Salud del Hospital de las Mujeres.

Con este convenio se crearon dos comisiones interinstitucionales responsables de promover el Modelo, las cuales fueron conformadas por personas de alto nivel político y técnico con trayectoria en materia de género y salud de las tres instituciones. Por un lado, la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel Político fue integrada por el Presidente Ejecutivo de la CCSS, la Ministra de la Condición de la Mujer, la Viceministra de Salud y un asesor médico de la Presidencia Ejecutiva de la CCSS. Esta comisión tuvo como fin establecer directrices y políticas para la toma de decisiones y el impulso del proyecto de transformación. En la práctica esta comisión dio un gran respaldo al proyecto y facilitó la canalización de diversos recursos tanto financieros como humanos para apoyar el proceso de transformación.

La otra comisión creada fue la Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud (CTISS), cuya función fue la preparación de la propuesta y conducción del proceso de implementación del nuevo modelo a nivel técnico operativo. Esta comisión estaba conformada por representantes del Hospital y del nivel central de la CCSS (Dirección Técnica de Servicios de Salud, Gerencia de Modernización, Oficina de la Mujer, Dirección de Planificación Institucional y Dirección de Desarrollo Organizacional), acompañados por una representante del INAMU. La CTISS contaba con funcionarias expertas en género, como eran la representante del INAMU y la Jefatura de Salud de la Mujer de la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la CCSS, los demás integrantes eran neófitos en la materia. Por parte del Hospital de las Mujeres participaron en esta comisión la jefatura del Servicio de Trabajo Social, una enfermera obstetra y un médico gineco obstetra a quienes se les asignó tiempo completo para dedicarse a la implementación del Modelo de Atención Integral de la salud de las Mujeres al interior del Hospital.

Es importante destacar un hecho inédito en la historia del Hospital y es como la coordinación de esta comisión fue asumida por la jefatura de Trabajo Social del Hospital, quien además de tener formación en trabajo social también se había formado en administración de negocios y servicios de salud. Por primera vez se le asignó a una profesional mujer una responsabilidad de este tipo y con ello se rompió la tradición del liderazgo masculino y médico en la conducción de procesos al interior del Hospital.

b.2 Segunda etapa: Formulación de la propuesta de cambio

En esta segunda etapa se avanzó en la formulación de una propuesta de cambio, su planificación y el desarrollo de alianzas estratégicas para su implementación.

b.2.1 Elaboración del Modelo de Atención Integral en la Salud de las Mujeres

La propuesta del Modelo de Atención Integral en la Salud de las Mujeres fue elaborada por la Comisión Técnica Interinstitucional (CTISS) en febrero del 2000 y se publicó como documento en julio del 2001. El Modelo propuesto planteó un proceso de cambio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, al igual que entre el personal de salud y las usuarias, tanto al interior de los servicios de salud como en la relación de éstos con las comunidades. Dentro de esta propuesta el enfoque de género se complementa con el enfoque de derechos y de atención integral en salud.

En ese sentido se identificaron dos nudos críticos a enfrentar: por un lado el paradigma hegemónico tradicional de atención de la salud; y por el otro la cultura patriarcal al interior de las instituciones de salud. En el primer caso, el reto era transformar la atención desde un modelo biologista, médico céntrico, disciplinario, vertical y fragmentado, hacia un modelo de atención integral. En el segundo caso, se buscaba modificar las relaciones sociales marcadas por la desigualdad e inequidad entre los hombres y las mujeres al interior de la institución, para crear nuevas prácticas, discursos, costumbres y valores más equitativos.

El esquema en página 12 permite sintetizar el tipo de transformación propuesta en el Modelo de Atención Integral en la Salud de las Mujeres.

La propuesta del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres definía visión, misión, objetivos, estrategias y fases de implementación del mismo. La puesta en práctica del Modelo en el Hospital, como experiencia demostrativa, fue un proceso que involucró a más actores sociales en una construcción colectiva.

Dentro de la propuesta se contempló la planificación estratégica como una herramienta fundamental para guiar el proceso de cambio al igual que el desarrollo organizacional. Pues para implementar el nuevo modelo se requería también la transformación de la organización del trabajo hacia estructuras planas de gestión, la atención a partir del trabajo en equipos interdisciplinarios, incorporando el accionar tanto interinstitucional como intersectorial.

Para ello, la participación social en todo el proceso de gestión de los servicios de salud brindados, se consideró esencial. A su vez se buscó apostar por la creación de un ambiente laboral que promoviera relaciones de género igualitarias y equitativas basadas en el respeto de los derechos humanos.

Esquema 1: Propuesta de transformación del modelo de atención**Modelo Tradicional**

- Mujer objeto
- Usuaria pasiva
- Enfoque biologista
- Estructuras de poder jerárquicas y autoritarias
- Estructuras organizativas rígidas
- Resistencia para la creatividad e innovación
- Planificación normativa
- División sexual del trabajo
- Poca participación de las mujeres en puestos de toma de decisiones
- Poca o nula evaluación
- Sin vínculos con la comunidad
- Investigación desvinculada del desarrollo humano
- Docencia desarticulada de las necesidades de la población usuaria

**Nuevo Modelo**

- Mujer sujeto
- Usuaria empoderada
- Enfoque integral
- Estructuras horizontales
- Estructuras organizativas participativas
- Fomento de la creatividad e innovación
- Planificación estratégica
- Igualdad de oportunidades y equidad en el acceso al trabajo
- Mayor participación de las mujeres en puestos de toma de decisiones
- Evaluación permanente de los procesos
- Amplia proyección social y participativa
- Investigación de impacto social
- Docencia articulada con necesidades reales.

Fuente: MS, INAMU, CCSS, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. En Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción. Julio, 2001

b.2.2 Introducción de la planificación estratégica para guiar el cambio

Por primera vez en la historia del Instituto Materno Infantil Dr. Carit y nuevo Hospital de las Mujeres, se planteó la necesidad de desarrollar un proceso de planificación en el cual se involucrara la participación de diversos actores sociales desde una perspectiva estratégica. En un primer momento el Nuevo Modelo fue presentado y analizado en una actividad pública en la cual estuvieron presentes no solo funcionarios del Hospital sino mujeres de las comunidades, representantes de organizaciones no gubernamentales y funcionarios de organizaciones internacionales como potenciales aliados del Modelo. En un segundo momento se organizó un taller de planificación estratégica con amplia participación de instituciones públicas, entre ellas jefaturas y otros funcionarios del Hospital, representantes del nivel central de la CCSS y del INAMU, organizaciones no gubernamentales y mujeres de las comunidades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoyó esta actividad con una consultora experta en planificación estratégica y financió el taller.

En dicha actividad se logró consensuar la siguiente visión y misión del Hospital de las Mujeres:

Visión

Ser un Hospital de alta complejidad, de prestigio en el nivel nacional e internacional, líder en la atención integral, interdisciplinaria e interinstitucional en la salud de las mujeres, sus familias y los recién nacidos, con perspectiva de género.

Misión

Brindar atención integral de las mujeres, los recién nacidos(as) y su familia, mediante la incorporación de la perspectiva de género, la participación social, la educación, la promoción, rehabilitación, la investigación, el

empoderamiento y acceso a la toma de decisiones, como centro líder en el concepto de atención a las mujeres y vanguardia en el desarrollo del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres.

Y los siguientes **valores**:

- Respeto a los derechos humanos
- Equidad e igualdad
- Compromiso social
- Solidaridad
- Lealtad
- Honestidad
- Calidad
- Dignidad
- Lenguaje no discriminatorio ni sexista.
- Autonomía

A su vez, se definieron las siguientes áreas de trabajo:

1. Capacitación y sensibilización del personal de salud en cuanto a la perspectiva de equidad e igualdad de género.
2. Apertura del Hospital con proyección extramuros a través de la formación de redes de servicios entre niveles de atención, alianzas estratégicas con otros sectores y actores sociales, entre ellas una fuerte vinculación con las comunidades y compromiso con su empoderamiento en salud.
3. Facultar a las mujeres de las comunidades para participar activamente en el ejercicio de sus derechos en salud.
4. Adecuar los programas de atención a las mujeres a un abordaje integral, participativo y desde el enfoque de género. Esto incluye el trabajo en equipos interdisciplinarios.
5. Desarrollar una cultura organizacional participativa y amigable con un enfoque gerencial estratégico y participativo

Con este primer plan estratégico se pudo orientar las acciones al igual que negociar líneas de cooperación internacional. Cabe señalar como esta iniciativa fue seguida cada cuatro años por la formulación de nuevos planes estratégicos. Sin embargo, a diferencia de este primer plan, las siguientes iniciativas no contaron con la misma estrategia de incluir la participación de diferentes actores sociales en el proceso de planificación.

b.2.3 La cooperación internacional

El desafío de constituir un Hospital de las Mujeres desde la perspectiva de género encontró diversos aliados internacionales. La OPS mostró interés en apoyar la iniciativa y en ello ofreció apoyo técnico y financiero, involucrando a diferentes unidades de trabajo, entre ellas el Programa Mujer, Salud y Desarrollo y la Unidad de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

Como antes se señaló, la OPS apoyó el proceso de planificación estratégica y también facilitó la coordinación entre el Hospital de las Mujeres y el Centro Latinoamericano de Perinatología y de Desarrollo Humano (CLAP/OPS) en un proyecto de maternidades de excelencia. A su vez apoyó técnica y financieramente un proyecto comunitario de salud en la mediana edad de las mujeres en una de las Áreas de Salud adscritas al Hospital de las Mujeres. Por otra parte, se establecieron lazos de cooperación entre las autoridades

de salud de Costa Rica y el Gobierno Federal de Canadá junto con otras instancias como Health Canadá, Centro de Excelencia para la Salud de las Mujeres de British Columbia, Hospital de las Mujeres de British Columbia, el Centro de Ciencias de la Salud del Colegio de Mujeres de Toronto – Centro de Colaboración de la OMS para la salud de las Mujeres – y el Hospital IWK Grace en Halifax. Para ello se formuló un Tratado de Cooperación Técnica (TCC) en el cual se promoverían actividades de intercambio de experiencias entre ambos países. A través de este tratado se programaron visitas y pasantías de autoridades de salud, funcionarias del INAMU, del Hospital de las Mujeres y de oficinas centrales de la CCSS, así como representantes de organizaciones no gubernamentales a las instituciones de Canadá. A su vez se definieron actividades de capacitación que serían impartidas por expertas canadienses en género y salud en el país.

También la Agencia Canadiense para el Desarrollo (ACDI), apoyó la creación del nuevo modelo a través de un proyecto llamado “Participación social y fortalecimiento de redes para el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres”, que tuvo como uno de sus objetivos la conformación de un grupo de mujeres informadas, empoderadas y con habilidades personales y colectivas para impulsar en las comunidades dicho Modelo de Salud. Este proyecto fue financiado por el Fondo de Igualdad de Género de la Cooperación Canadiense.

b.3 Tercera etapa: Proceso de sensibilización y capacitación en género

Dentro del proyecto de implementar el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres como experiencia demostrativa en el Hospital de las Mujeres y sus Áreas de Salud de atracción, el componente de sensibilización y capacitación se planteó como un eje de trabajo sustantivo.

Tanto esta etapa como la siguiente se fueron dando en forma simultánea, los procesos de sensibilización acompañaron la redefinición de programas y proyectos en el Hospital al igual que fueron fortaleciendo los cambios en las formas de trabajo y organización de los procesos de atención en salud.

b.3.1 Capacitación en género

La experiencia canadiense en materia de políticas de salud con equidad de género, al igual que en la implementación de programas específicos de salud para las mujeres con participación comunitaria, junto con el desarrollo de investigación género-sensitiva, se consideraron fuente importante de conocimiento que podrían aportar mucho a la experiencia costarricense. Por ello se definió en el convenio entre países (TCC) la conducción de procesos de capacitación por parte de expertas canadienses que facilitarían la formación de recursos humanos tanto del Hospital como de las Áreas de Salud capaces de:

- Incorporar la perspectiva de género en las políticas de salud, en la evaluación y en el modelo de atención a las mujeres en los tres niveles de atención.
- Desarrollar metodología género sensitiva para evaluar los programas del Hospital
- Implementar metodología de investigación género-sensitiva con el objeto de fortalecer la toma de decisiones con base en la evidencia.

Es así como desde el año 2000 al 2001 se impulsaron los procesos de capacitación. En total se desarrollaron los siguientes cinco talleres con expertas canadienses:

1. Una actividad preliminar llamada “Modelo de Atención Integral y Servicios Comunitarios para las Mujeres”, esta actividad permitió intercambiar y contrastar la experiencia canadiense con la costarricense en atención de la salud de las mujeres. En esta primera actividad se definieron las líneas de cooperación
2. Taller de Metodología de Análisis Basado en Género impartido por las expertas canadienses Mary Anne Burke y Margrit Eichler.
3. Taller de asesoría técnica para identificar informantes clave que promuevan mejores prácticas género sensitivas en la atención a la salud de las mujeres impartido por Judith Hockney
4. Taller Investigación- Acción: un enfoque género sensitivo para la investigación en salud impartido por Loraine Greaves y Ann Pederson.
5. Capacitación para el cambio de la Cultura Organizacional del Hospital de las Mujeres impartida por Patricia Campbell del Women's College

Las personas que participaron en estos talleres fueron seleccionadas según los objetivos de cada taller. Cabe destacar como en estas actividades se trató de promover la horizontalidad entre participantes desde una convocatoria representativa de diferentes sectores y niveles de atención, rompiendo así con jerarquías establecidas.

Desde la perspectiva de personas que participaron en los talleres, fue sorprendente para funcionarios(as) de Áreas de Salud alejadas, poder participar por primera vez en condición de iguales con los(as) directores(as) del Hospital y de las Clínicas Mayores. Para algunos fue conocer las personas que tomaban decisiones desde una posición más accesible y humana. De igual manera, para las mujeres de las comunidades fue una experiencia muy novedosa sentarse con personal de salud que antes percibían como inaccesible y verles como personas iguales. También para el mismo personal de salud escuchar a las mujeres y trabajar con ellas en los grupos de discusión fue una vivencia enriquecedora tanto en el plano personal como laboral. Esto en sí fue una experiencia inédita y por sí misma contribuyó a romper barreras y a fortalecer el reconocimiento de la diversidad al igual que la posibilidad del trabajo conjunto.

Los cinco talleres aportaron en la incorporación del enfoque de género al quehacer del Hospital de las Mujeres y las Áreas de Salud aledañas. El taller de metodología de Análisis Basado en Género conducido por Margrit Eichler y Mary Anne Burke, que es de interés destacar, fue la puerta de entrada para el proceso de sensibilización y según lo programado sentaría las bases sobre el tema de género y los posibles sesgos en salud. A su vez, este taller permitiría la conformación de un grupo capaz de multiplicar este proceso adaptándolo a sus realidades locales. A continuación se detalla este proceso.

b.3.1.1 Taller de Análisis Basado en Género

Cuando se planificó este taller se identificaron tres grupos a quien dirigirlo: proveedores de servicios de salud del I, II y III nivel de atención, mujeres lideresas de las comunidades con experiencia en diagnósticos y formulación de proyectos en salud, y también organizaciones no gubernamentales que tuvieran reconocida experiencia en el trabajo con la salud de las mujeres.

El taller se desarrolló en febrero del 2001 a través de una metodología participativa. Las facilitadoras del taller exploraron en forma interactiva las experiencias sobre

sesgos de género en el trabajo y en la vida diaria de las y los participantes, para luego nombrar el tipo de problema que reflejaban estas experiencias. A su vez se analizaron los conocimientos de las personas participantes sobre conceptos claves como sexo/género, equidad e igualdad de género. Y luego se trabajó el concepto de análisis basado en género y los sesgos de género.

En esta exploración salieron a la luz sesgos en los servicios de salud, entre los cuales se destacó la invisibilización de las necesidades de las mujeres y la ubicación de las mismas en su rol de madres y cuidadoras de sus familias. Fue importante para las personas participantes poder reconocer que las mujeres tienen necesidades e intereses particulares y que se enfrentan dentro del núcleo familiar a diversas situaciones incluidas las relaciones de poder y subordinación ante sus compañeros o esposos.

Las expertas canadienses presentaron un marco de referencia conocido como *BIAS FREE Framework* que permitió clasificar los problemas según tres categorías (mantenimiento de jerarquías, análisis equivocado de las diferencias y doble estándar⁵) y a su vez valorar las soluciones posibles para superar estos sesgos de género. Se utilizó también la dramatización de situaciones para identificar el problema implícito y luego la solución al mismo. Fue un taller en el cual se utilizaron muchos ejemplos y las facilitadoras estimularon a los y las participantes a aportar sus experiencias.

Se analizaron documentos con sesgos de género y todo este proceso fue facilitando la apropiación de la metodología de análisis basado en género. Como resultado de este taller se formularon planes de acción para aplicar lo aprendido en el proceso de transformación del Hospital y las personas participantes se comprometieron a aplicar en forma sistemática el *BIAS FREE Framework* en situaciones específicas del Hospital y las Áreas de Salud.

Un ejemplo interesante fue la reflexión realizada por los miembros del equipo de atención del Área de Salud de Acosta, el área más alejada que atiende población rural. Lograron preguntarse el por qué existían tan bajas coberturas en la toma de citologías en su Área. Y luego de escuchar a las mujeres de las comunidades pudieron reconocer que ellas no sentían confianza ni comodidad de ser atendidas por personal médico masculino. Esto les permitió diseñar nuevas estrategias y crear una consulta especial dada por una médica mujer que logró ser de gran aceptación en la comunidad, incrementando las coberturas de este tamizaje y la detección temprana de casos de cáncer de cérvix.

En otros casos como las personas que provenían del Área de Salud de Aserrí, pudieron analizar el trabajo que venían realizando en atención a las mujeres afectadas por violencia doméstica. El *BIAS FREE Framework* les permitió detectar sesgos que habían pasado desapercibidos y con ello reconocer el valor de los procesos de fortalecimiento de las mujeres.

A este taller asistieron 27 personas, y para la mayoría fue una experiencia nueva que les permitió reflexionar sobre sus vidas y sus prácticas en salud desde una perspectiva diferente. En palabras de algunas de ellas y ellos:

⁵ Ver Anexo

“Aprendí a reconocer que yo valgo, que yo soy alguien y que no vine al mundo para que me pisotearan. Me ayudó a luchar más, (...) a querer estudiar. Antes en mi mente no estaba estudiar (...) no pensaba en superarme. Esos talleres me ayudaron a sensibilizarme más con mis muchachas (colaboradoras) y las usuarias”. (funcionaria administrativa del Hospital entrevistada. En el momento en que se realizó el taller, esta persona estaba viviendo violencia doméstica. Después de participar en los procesos de sensibilización se puso a estudiar y tuvo un asenso en su trabajo).

*“Fue un concepto muy nuevo (género), ver a la mujer desde otro punto de vista, fue muy enriquecedor... ya vas con nuevas bases para atender a las mujeres. Aunque uno sea mujer, a veces puede ver a la mujer desde la perspectiva machista. En las consultas médicas algunas mujeres plantean que no se operan o que no se hacen la citología porque los esposos no las dejan. La capacitación le sirve a uno para ir abriéndole el camino a ellas y decirles que ya es diferente, que son seres independientes y que no dependen del esposo”.
(médica de una Área de Salud entrevistada)*

*“Nos invitaron y yo no sabía a que iba... nos dijeron que era una sensibilización de género, no sabía en que la iba a emplear. Fue muy bonita, me gusto mucho porque empieza uno a verse por dentro. ¿Cómo soy? ¿cómo era antes de llegar? y ¿cómo salgo después? Posiblemente uno sea muy machista y uno empieza a ver las cosas distintas, como a nivelarse uno con las mujeres... No ver a la mujer como objeto sino como igual al hombre, no mirarla por debajo del hombro. En mi casa yo quizás era así, muy machista, por lo menos pude cambiar mucho en mi forma de ser. Yo como hombre no compartía mucho con mi familia lo que me pasaba, lo que me preocupaba o si me enfermaba. De ahí para acá empecé a hablar más, a decir cuando me sentía mal, hablar más de lo que me molesta, antes era solo gestos, no hablaba. Como experiencia me gustó bastante”.
(enfermero de una Área de Salud entrevistado)*

El BIAS FREE Framework se convirtió en un instrumento de gran apoyo y valor en la conducción del proceso de transformación del modelo de atención. Esto se refleja en las siguientes palabras de la coordinadora de la Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud:

“Si bien el proceso de cambio inició en 1999, nosotros como equipo responsable de conducir este proceso en el Hospital, nos habíamos estancado, sabíamos qué hacer pero no cómo hacerlo. Este taller fue la clave para poder comprender como avanzar en esa dirección. El identificar las jerarquías y pensar que había que aplanarlas me ayudó a comprender cómo se aplicaba el enfoque de género”

La virtud del BIAS FREE Framework para el grupo conductor del proceso de cambio dentro del Hospital, fue contar con un instrumento sencillo que permitía identificar en situaciones propias de los servicios de salud, sesgos de género que podían y

⁶ Burke MA and Eichler M. (unpublished) “Moviéndonos hacia la igualdad: mejorando la salud para todas las personas. Reconociendo y eliminando los sesgos de género en salud”. Women's Health Bureau, Health Canada.

debían ser modificadas en un nuevo modelo de atención integral. A su vez este instrumento permitía hacer el ejercicio de pensar y visualizar cómo deberían ser modificadas esas situaciones.

Las expertas canadienses aportaron un manual⁶ que utilizan en Canadá para capacitar en metodología de análisis basado en género. Este manual fue revisado y sirvió como insumo para elaborar una versión adaptada a la realidad local. En un inicio se pagó una consultora nacional para realizar esta tarea, sin embargo el producto no fue satisfactorio, por lo que un nuevo equipo de trabajo conformado por expertas en género y salud del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de las Mujeres elaboraron una versión final⁷, la cual validaron con el Grupo de Multiplicadores en el año 2004.

El documento es una propuesta pedagógica conformada por módulos de capacitación cuyo objetivo es impactar tanto en las dimensiones conceptuales, como actitudinales y operativas del personal responsable de brindar la atención en salud. Este documento da orientaciones en la formación de personal de salud en cuanto a análisis de políticas, programas y proyectos desde el enfoque de género y guía la planificación de servicios de salud basados en equidad de género.

b.3.1.2 Multiplicación del taller de ABG en el Hospital y las Áreas de Salud

Si bien no se contó con el manual de capacitación de Análisis Basado en Género inmediatamente después del taller, el BIAS FREE Framework aportado por las canadienses, al igual que la experiencia vivida fueron el modelo a reproducir en los talleres de multiplicación que se desarrollaron en el Hospital y las áreas de salud de atracción. Para ello, las personas que asistieron al taller conformaron el Grupo Multiplicador que tendría por tarea reproducir el taller vivido con las canadienses en sus lugares de trabajo y comunidades. Se pretendió con ello aplicar sistemáticamente el análisis basado en género para facilitar el diseño de programas y proyectos al interior de los servicios de salud en los que se promoviera la equidad de género.

Esta experiencia resultó muy novedosa para este grupo, pues sus integrantes nunca antes habían trabajado en forma horizontal con las lideresas de las comunidades. También fue una oportunidad de unir esfuerzos entre unidades de salud que por lo general operan en forma aislada. Como grupo revisaron material y diseñaron los talleres en forma conjunta. En palabras de una de las integrantes del Grupo Multiplicador:

“Guardo muy buenos recuerdos de la capacitación con las canadienses. El proceso me permitió reflexionar mucho, compartir con otros y se dio un proceso de grupo muy lindo, se dio mucha unión. Nos reuníamos para planear y diseñar juntos los talleres de multiplicación, nos apoyamos en la ejecución de los talleres, confeccionamos el material que utilizamos y evaluamos conjuntamente”.

(trabajadora social de una Clínica Mayor entrevistada)

El taller fue multiplicado en el Hospital de las Mujeres, el Área 3 de Desamparados y la Clínica Dr. Marcial Fallas, la Clínica Dr. Carlos Durán, el Área de Salud de

⁷ Rojas, Marielos, Grettel Balmaceda y Ana Rojas (2004) Análisis Basado en Género: una herramienta metodológica para la planificación en salud. Ministerio de Salud, INAMU, CCSS, OPS y UNFPA.

Aserri y el Área de Salud de Acosta. Estos talleres fueron dirigidos a diversos funcionarios(as) de salud y a líderes comunitarios.

En este proceso, también se reprodujo las relaciones de género y jerarquización al interior del Grupo Multiplicador. Los talleres fueron asumidos y facilitados en su mayoría por mujeres, predominando las funcionarias de trabajado social y enfermería. La experiencia misma permitió reflexionar estas dificultades y junto con el acompañamiento de la CTISS, fortalecerse como grupo promotor del cambio.

Desde la experiencia de las personas que facilitaron los talleres de multiplicación, la recepción de los mismos fue muy buena e incluso se planteó el interés de darle seguimiento a los talleres. Se logró el objetivo de sensibilización; los resultados fueron más positivos con personal joven o nuevo, no así con aquellos más viejos que persistieron con los patrones tradicionales y el modelo anterior de atención, sin embargo estos fueron la minoría.

A partir de los talleres, el enfoque de género pudo ser introducido más sistemáticamente en los procesos educativos promovidos e impartidos por los servicios de salud. Por ejemplo en la atención a la violencia intrafamiliar o los espacios de consejería de salud sexual y reproductiva, en este último caso se busca apoyar la toma de decisiones de las mujeres en cuanto a elegir o no la esterilización como método anticonceptivo. En estos espacios se intenta fortalecer los derechos de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas. Al igual que este ejemplo muchos otros se fueron promoviendo en los diferentes espacios de salud.

b.4 Cuarta etapa: Desarrollo de estrategias de participación social

Uno de los ejes que transversa la propuesta del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres es la participación social. En ese sentido, desde el Hospital de las Mujeres, se impulsaron dos procesos inéditos en los servicios de salud de la CCSS, uno de ellos fue el fortalecimiento de mujeres lideresas de las comunidades como portavoces de las necesidades e intereses en salud de las mujeres frente a los servicios de salud y el otro el desarrollo de una red de participación social impulsada por la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres. Estos procesos permitieron construir una base social de ciudadanía activa en apoyo y defensa del nuevo modelo.

Esta estrategia resultó coherente con lo abordado en los procesos de sensibilización promovidos en los talleres de las canadienses. El ejercicio de aplicación del *BIAS FREE Framework* permitió al Grupo Conductor del Hospital y al personal de salud identificar las asimetrías existentes en la relación con las usuarias de los servicios y tener una mayor apertura a escuchar sus voces y reconocer sus derechos. En ello también contribuyó la incorporación de mujeres de la comunidad en el taller de las canadienses como participantes en condición de iguales con el personal de salud y eso facilitó la creación de una nueva forma de vincularse. Estas mujeres luego fueron incorporadas en los procesos de fortalecimiento de mujeres lideresas en las comunidades que se abordan a continuación.

b.4.1 Fortalecimiento de mujeres lideresas de las comunidades

Desde el año 2000, se buscó desarrollar estrategias que facilitaran involucrar mujeres de las comunidades y otros actores sociales en la construcción del nuevo

modelo. Con ello se pretendía incorporar las necesidades e intereses de las mujeres y la apertura de espacios de participación ciudadana en los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas y programas de salud con enfoque de género. En esto se reconocía la necesidad de habilitar a las mujeres para que fueran protagonistas en la construcción de su propia salud y la definición del nuevo modelo de atención adecuado a sus necesidades.

Es importante señalar que esta estrategia fue iniciativa e interés tanto del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) como del equipo conductor del Hospital de las Mujeres. Iniciativa que culminó con la propuesta e implementación del primer proyecto de participación social, denominado Proyecto Puente de Fortalecimiento de Redes para el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres”. Este proyecto permitió enlazar al Hospital con las mujeres en sus comunidades y la sociedad civil organizada. El mismo fue financiado por la Embajada de Canadá, a través de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), y posteriormente, la CCSS financió la segunda etapa del Proyecto.

A través de este proyecto se buscó conformar un grupo de mujeres informadas, empoderadas y con habilidades personales y colectivas para impulsar en sus cantones el nuevo modelo. Este proyecto estuvo bajo la coordinación de una consultora costarricense experta en género, salud y gestión local, MSc Margarita Aragón, y se desarrolló en tres cantones: Desamparados, Aserrí y Acosta.

Para ello se siguieron las siguientes etapas:

1. Diagnóstico inicial y conformación de grupos líderes

En esta etapa se presentó el nuevo modelo y la propuesta de trabajo a diferentes actores sociales de los tres cantones. Se identificaron instituciones y organizaciones de mujeres en cada localidad al igual que las instancias de coordinación interinstitucional e intersectoriales y los mecanismos institucionales que facilitarían la exigibilidad de los derechos de las mujeres a la salud.

Si bien la concepción de los procesos de salud y enfermedad planteados en el nuevo modelo trasciende el ámbito exclusivo de los servicios de salud, por motivos de tiempo y viabilidad se consideró necesario focalizar los esfuerzos con los servicios de salud de la CCSS. Se logró en esta etapa el apoyo de las instituciones y la identificación de funcionarios y funcionarias clave que servirían de enlace con el proyecto. A su vez se identificaron mujeres lideresas en las diferentes comunidades a las cuales se les informó del nuevo modelo y se les invitó a participar en el proyecto.

2. Capacitación de las mujeres lideresas y formulación de sus demandas en salud

En esta etapa se realizaron cuatro talleres⁸ con las mujeres lideresas de las comunidades en los cuales se exploró sus concepciones sobre la salud, sus cuerpos, sus vidas y sus experiencias con los servicios de salud. Estos talleres facilitaron procesos de empoderamiento a través de la apropiación del cuerpo,

⁸ Los talleres fueron: “Apropiándonos de nuestro cuerpo”, “Nuestras vidas, nuestra salud”, “Nuestro liderazgo en salud” y “Construyendo nuestra agenda en salud”.

reconocimiento de derechos y nuevas formas de pensar el liderazgo femenino. El último taller facilitó la elaboración de tres propuestas de Agendas en Salud Integral de las Mujeres elaboradas por las mismas mujeres en cada cantón. En estas agendas se recogieron las demandas de las mujeres para el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud y sus necesidades como lideresas. Con respecto a este último punto las mujeres plantearon la necesidad de construir un nuevo liderazgo en el cual las instituciones establezcan relaciones de respeto y reconocimiento del ejercicio histórico del liderazgo femenino en las comunidades y su valor social.

Para las mujeres fue una experiencia nueva que efectivamente la recuerdan como un proceso de empoderamiento. En palabras de ellas:

“Esta experiencia nos ayudó en muchos aspectos: la amistad, el intercambio de ideas, nos sentimos más seguras, aprendimos a valorarnos como mujeres, a defendernos manteniendo la paz en nuestros hogares, conservando la libertad y autoestima al respetar y ser respetadas, aprendimos a ejercer nuestros derechos, aprendimos a negociar. (Agenda en Salud Integral de las Mujeres en el cantón de Desamparados)

“Aprendimos también que las mujeres tenemos muchas necesidades y que nuestra salud tiene que ver muchísimo con la calidad de nuestra vida. (...) A partir de la capacitación hemos reconocido el valor que tiene que nos respetemos y amemos a nosotras mismas, esto contribuirá a que seamos mejores personas y a que podamos desarrollar un mejor trabajo como líderes, sin que eso implique que nos desgastemos y sacrifiquemos”. (Agenda en Salud Integral de las Mujeres en el cantón de Aserrí)

“Hemos crecido como personas y como mujeres y hemos aprendido que nuestro trabajo como líderes es una responsabilidad, pero no debe, en ningún momento, convertirse en una carga ni en un sacrificio. Es importante poner límites a nuestro trabajo, que reconozcamos realmente lo que queremos hacer, que nos comprometamos en lo que nos llena, nos hace sentir bien y no nos afecta negativamente. Es posible realizar un liderazgo que nos nutra y no que nos desgaste”. (Agenda de Salud Integral de las Mujeres en el cantón de Acosta)

3. Elaboración de Planes de Acción y conformación de Asociaciones de Mujeres por cantón

En esta etapa se desarrolló un quinto taller con las mujeres: “Construyendo nuestros Planes de Acción” en cada cantón. Como parte de los planes de acción, ellas decidieron presentar sus agendas de salud y validarlas con otras mujeres en los diferentes distritos de cada cantón. Se realizaron en total 28 consultas en las cuales participaron 840 mujeres de los tres cantones. Estas actividades fortalecieron a las mujeres constituyéndose en experiencias de organización entre ellas bastante exitosas. Con ello lograron legitimar su lugar de lideresas a favor de la salud y además reformular sus agendas con un mayor nivel de representatividad sobre las necesidades e intereses de las mujeres a nivel cantonal. También estas consultas fueron aprovechadas para estimular la integración de otras mujeres al trabajo y la conformación de Asociaciones que permitieran dar un respaldo legal a las acciones de las lideresas. Se crearon así tres asociaciones con un perfil de organizaciones dirigidas a promover la salud de las mujeres a nivel cantonal: Asociación Salud

Integral de las Mujeres Desamparadeñas (ASIMDE), Asociación de Mujeres Aserriseñas y de San Juan de Dios Promocionando la Salud Integral (AMASPSI), y Asociación de Mujeres para la Promoción de la Salud Integral de Acosta (AMPROSIA).

4. Negociación de las Agendas de Salud

En esta etapa se realizó un proceso de preparación del personal de salud en cada Área para legitimar los esfuerzos y acciones que venían realizando las mujeres para plantear sus inquietudes y necesidades. Luego las agendas fueron presentadas en los Consejos Técnicos⁹ de cada Área por las lideresas y las demandas planteadas por las mujeres se lograron negociar con las autoridades de salud en ese primer nivel de atención. Las capacitaciones recibidas por el personal de salud por parte de las canadienses ya habían abonado el terreno para una buena recepción. De hecho las directoras y el director de las Áreas de Salud habían participado en la aplicación del *BIAS FREE* Framework y estaban convencidos del valor del cambio en las relaciones con las mujeres usuarias de los servicios. Esto facilitó una actitud de apertura y escucha hacia las mujeres. Cada Área de Salud definió las estrategias y mecanismos para que las mujeres pudieran dar seguimiento a los acuerdos establecidos y las unidades de salud rendirían cuentas de la incorporación de las recomendaciones de las mujeres en el quehacer de cada establecimiento de salud. Algunas mujeres se integraron incluso a los Consejos Técnicos de las Áreas de Salud como una integrante más.

Este proyecto obtuvo grandes logros y se puede afirmar que ha propiciado cambios en los servicios de salud importantes para las mujeres. Las lideresas mujeres fueron efectivamente fortalecidas y eso les permitió cambios en sus vidas que hasta la fecha se observan. Pudieron tomar conciencia de situaciones que afectaban su salud integral y tomar decisiones vitales para modificarlas. Lograron asumir una posición crítica frente a su cotidianidad y romper con la visión tradicional de su rol como mujeres. Desarrollaron destrezas organizativas y de comunicación, para muchas de ellas fue asombroso adquirir confianza y experiencia para lograr hablar en público. A su vez modificaron su forma de participar en procesos como voluntarias desde un lugar de mayor autonomía y liderazgo efectivo acorde con la perspectiva de género.

En la actualidad las tres asociaciones de mujeres cuentan con un lugar legítimo en sus comunidades y frente a los servicios de salud para impulsar actividades a favor de la salud de las mujeres en los cantones. La Asociación de Mujeres Aserriseñas ha logrado que se le asigne un lugar físico dentro del Ministerio de Salud para desarrollar sus actividades de apoyo a mujeres que enfrentan situaciones de violencia intrafamiliar y son miembros activas en la red de atención a la violencia intrafamiliar, al igual que participan en comisiones municipales para la promoción del bienestar de la población. La presidenta de esta asociación trabaja de igual a igual con la trabajadora social del Ministerio de Salud y tiene a su cargo un proyecto de reciclaje de basura. La Asociación de Mujeres Desamparadeñas realiza un trabajo de base con los EBAS y participa en organizaciones nacionales e internacionales de promoción de la salud. La Asociación de Acosta desarrolla actividades dirigidas a las mujeres del cantón y cuenta con un trabajo estrecho

⁹ Los Consejos Técnicos de las Áreas de Salud son las instancias en las cuales está presente el director o directora del Área y representantes de los diferentes servicios. En estos Consejos se planifican, se da seguimiento y se evalúan la atención brindada en salud, por lo que son espacios de toma de decisión fundamentales.

con los servicios de salud. Las tres asociaciones han logrado incorporar en las Juntas de Salud de las Áreas de Salud sus representantes y con ello cuentan con un lugar fundamental en la vigilancia ciudadana de las decisiones que se toman al interior de los servicios de salud.

Cabe destacar el papel fundamental que tuvo la participación de las mujeres lideresas de las comunidades en procesos de incidencia política para lograr el financiamiento y apoyo en la construcción del nuevo Hospital por parte de la Asamblea Legislativa. Las mujeres recogieron firmas de apoyo al Hospital de las Mujeres en sus procesos de transformación. Además de hacer visitas a las legisladoras, las mujeres lideresas se hicieron presentes en actividades de las autoridades de la CCSS en las cuales se tomaron decisiones sobre la participación social promovida en la institución. En ellas pudieron hacer sus críticas desde la realidad de las comunidades y exigir el compromiso de las autoridades institucionales de establecer relaciones más respetuosas y mejorar las condiciones para una verdadera participación comunitaria en salud.

Otra muestra del papel protagónico asumido por las mujeres lideresas fue el desarrollo de actividades de investigación con respecto al problema de la violencia intrafamiliar en sus comunidades. Las mujeres diseñaron un cuestionario que aplicaron en las diferentes comunidades. Esta investigación se ligo al día internacional por la no violencia contra las mujeres y a una actividad organizada para dicho fin. Entre ellas diseñaron el afiche de convocatoria a la actividad y el resultado fue muy favorable como experiencia organizativa.

b.4.2 La Junta de Salud tiende puentes hacia las comunidades

Como se indicara al inicio de este documento, las Juntas de Salud son instancias creadas al interior de los establecimientos de salud con el objetivo de establecer un control ciudadano. El Hospital de las Mujeres cuenta con una Junta de Salud que se ha ido convirtiendo en una pieza fundamental en la articulación de la participación ciudadana con perspectiva de género.

Esta Junta de Salud ha tenido un papel esencial en la vigilancia y denuncia de problemas de inequidad en la prestación de servicios de salud en el Hospital. Es el caso de la identificación de problemas de accesibilidad en población especial, como las mujeres de la prisión trasladadas al Hospital; o las mujeres de zonas alejadas que tienen dificultades para ingresar al Hospital a horas muy tempranas para una intervención quirúrgica ambulatoria. Estas situaciones han llevado a la Junta de Salud a plantear en su plan de trabajo la realización de investigaciones que verifiquen si la oferta de servicios que está dando el Hospital realmente favorece a las mujeres.

Esto se fue logrando gracias a la incorporación de personas con sensibilidad de género y defensoras de los intereses de las mujeres en la Junta de Salud del Hospital. A lo largo de estos años se han ido integrando enfermeras pensionadas que conocen muy bien la institución y que cuentan con una amplia trayectoria en la defensa de los derechos de las mujeres.

Si bien las integrantes de la Junta de Salud no participaron en el taller de Análisis Basado en Género facilitado por las canadienses, si contaron con un acompañamiento de la representante del INAMU ante la CTISS, quien formó parte de la primera Junta de Salud. Así mismo desde el Hospital se asignó una enfermera

obstetra capacitada en género que sirviera de enlace y facilitara el trabajo de coordinación con el Hospital. También la Junta mantuvo y mantiene, aun en la actualidad, una estrecha relación con la coordinadora de la CTISS y el Director General del Hospital. Esto favoreció la incorporación del enfoque de género en el quehacer de la Junta de Salud. A su vez, la coordinadora de la CTISS facilitó condiciones en el Hospital para darle un lugar reconocido a la Junta y establecer formas alternativas de relación que involucrara la eliminación de jerarquías tal como indicaba el BIAS FREE Framework. A diferencia de otras unidades de salud de la CCSS, el Hospital le dio un lugar reconocido y legítimo a la participación social a través de las Asociaciones de Mujeres en Salud y la Junta de Salud del Hospital y tuvo apertura para ir construyendo nuevas formas de trabajo conjunto, apegado a procesos de auténtica participación social de las mujeres para la toma de decisiones sobre asuntos relacionados con su salud.

Lo anterior fue todo un proceso, tal como se aprecia en las palabras de la representante del INAMU ante la CTISS:

“La estrategia diseñada desde el CTISS era que la Junta de Salud fuera tomada en cuenta como un grupo con autonomía, capaz de vigilar y monitorear los recursos del Hospital al igual que el trato brindado a las usuarias. Esto tuvo diferentes momentos. En un principio la ingerencia de los representantes del Hospital fue mayor, la Junta de Salud se veía como una instancia útil que servía para los fines e intereses directamente del Hospital y no de las mujeres, quienes eran en realidad su razón de ser. Posteriormente esto fue cambiando, la Junta fue ganando espacios hasta llegar a lo que es hoy”.

La Junta de Salud fue encontrando espacios nuevos de acción. En ese sentido, el modelo de gestión en red y la presencia de representantes de la Junta dentro de la Gerencia Operativa de esa red, han permitido ir creando lazos con otras Juntas de Salud de las otras unidades involucradas del II y I nivel de atención y otras organizaciones sociales relacionadas con la salud integral de las mujeres, como se abordará más adelante (sección b.5.3).

Posteriormente desde la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres y en el contexto de la implementación del Modelo de Gestión en Red, se diseñó un proyecto nuevo: “Construyendo puentes para el fortalecimiento de la gestión en red”. A partir del año 2003 se identificó la necesidad de unir esfuerzos con otras Juntas adscritas a las Áreas de Salud donde residen las mujeres que utilizan los servicios del Hospital. Se realizaron reuniones de intercambio y se tomó contacto con las tres Asociaciones de Mujeres de Desamparados, Aserrí y Acosta.

En el año 2006 se realizó un diagnóstico conjunto de necesidades de educación de salud con enfoque de género. Se planificaron diferentes talleres para el fortalecimiento del trabajo en redes de las Juntas de Salud y de las Asociaciones de Mujeres. A partir de entonces se han desarrollado los talleres planificados con el apoyo de otras organizaciones públicas como el INAMU y organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Instituto Costarricense Contra el Cáncer. El último taller que realizaron tuvo una amplia participación y fue el Taller sobre Derechos Sexuales y Reproductivos facilitado por una representante de la Asociación Demográfica Costarricense, ONG dedicada al tema, y una funcionaria del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Actualmente el proceso de participación social impulsado desde el Hospital de las Mujeres es considerado por las autoridades de la CCSS, como modelo ejemplar a ser reproducido en el resto del país.

b.5 Quinta etapa: Procesos de cambio en las formas de trabajo, prácticas en salud y gestión

Tal como se indicara antes, los procesos de sensibilización y capacitación, entre ellos el Análisis Basado en Género y la aplicación del *BIAS FREE Framework*, favorecieron transformaciones importantes en la comprensión de los programas y las prácticas en salud. Como se podrá apreciar en este apartado los cambios van desde formas de mirar y plantearse los problemas de salud hasta transformaciones en su abordaje, organización de los servicios e incluso planta física.

b.5.1 Reformulación de programas

La Comisión Técnica Interinstitucional (CTISS) seleccionó tres aspectos de la salud de las mujeres que se consideraban estratégicos en su abordaje por su incidencia en la población femenina: el embarazo en la adolescencia, el cáncer de cérvix y de mama al igual que la mediana edad. Para ello se propuso diseñar programas de atención integral en los cuales se incorporaran los lineamientos del nuevo modelo de atención. El asesoramiento de las canadienses junto con la aplicación del *BIAS FREE Framework*, resultaron de gran utilidad para la definición del cómo formular los programas desde una nueva óptica que disminuyera las jerarquías sociales, los dobles estándares y la negación de las diferencias.

Para la conducción de estos programas se conformaron tres equipos interdisciplinarios coordinados por funcionarias de las disciplinas de trabajo social y enfermería. Si bien el trabajo interdisciplinario no era algo novedoso en la institución, la aplicación del *BIAS FREE Framework* permitió visualizar y legitimar la importancia de romper con las jerarquías disciplinarias y apostar por una coordinación de los equipos desde otras disciplinas no médicas. Con ello se logró romper en un primer momento con el trabajo disciplinario, desde el enfoque biomédico, liderado por profesionales hombres y avanzar en un abordaje integral de los problemas de salud de las mujeres. Se lograron conformar equipos integrados por enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, personal técnico de registros de salud y personal administrativo. El Programa de Atención Integral a las Adolescentes Embarazadas es aun en la actualidad coordinado por una trabajadora social, el Programa de Atención a las Mujeres en la Mediana Edad es coordinado por una enfermera y el Programa de Atención de la Salud Cérvico-Uterina y de Mama por varios años fue coordinado por una trabajadora social, en la actualidad es coordinado por un médico especialista en cuidados paliativos.

¹⁰ Según informes de los programas, las mujeres plantearon la necesidad de mayor privacidad en la consulta, pues manifestaron malestar por la presencia de muchos estudiantes en la atención; mejorar el trato por parte del personal de salud, unificar criterios médicos en cuanto a diagnóstico y tratamiento; y mejorar la comunicación e información acerca de los mismos. También se expresó la necesidad de contar con una mejor infraestructura, al igual que disminuir los tiempos de espera tanto para ser atendidas como para tener los resultados de los exámenes; a su vez tener continuidad en el tratamiento con el mismo especialista y respeto a las decisiones de ellas. Por otra parte señalaron interés de compartir con otras usuarias que estuvieran en similares situaciones de salud.

La aplicación del BIAS FREE Framework también indicaba la importancia de tomar en cuenta la perspectiva de las mujeres y sus necesidades en salud. En ese sentido, con el objetivo de responder a las necesidades de las mujeres, cada programa desarrolló actividades de consulta a usuarias de los servicios a través de grupos focales en los cuales las mujeres expresaron sus necesidades y expectativas de cambios deseados en la atención recibida en el Hospital¹⁰. El desarrollo de estas actividades de consulta permitió recoger la opinión de las mujeres sobre los servicios de salud brindados y junto con las Agendas de Salud elaboradas por las mujeres en las comunidades, diseñar y ejecutar nuevas modalidades de atención basadas en las necesidades que las mismas mujeres señalaron. Así mismo los programas empezaron a tener mayores coberturas en otras áreas geográficas.

Cada equipo interdisciplinario formuló o reformuló el respectivo programa incorporando las inquietudes de las mujeres y definiendo acciones que respondieran a los lineamientos del nuevo modelo. La asesoría de las expertas canadienses, al igual que el apoyo de expertas en género y salud de las mujeres de la CCSS, INAMU, Universidad de Costa Rica y ONG's especialistas en género y salud, fue fundamental para la reorientación de estos programas. A su vez, a lo interno del Hospital se generaron capacidades institucionales para orientar, monitorear, controlar y evaluar los procesos de trabajo desde el ámbito técnico administrativo, de manera que se impactara favorablemente los recursos humanos, el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, así como la eficiencia administrativa en la gestión.

Entre los cambios que han logrado implementar los tres programas destaca la organización de nuevos espacios de intercambio, reflexión, apoyo y fortalecimiento entre las mujeres desde la perspectiva de género. Es el caso de actividades educativas grupales como el curso de preparación psicofísica al parto y orientación para la vida familiar, dirigida a población adolescente y sus familiares. En estos espacios se estimula la participación de las parejas de las adolescentes, sus madres y familiares integrándolos en el proceso de gestación y apoyo de las adolescentes.

Por otra parte, los “Encuentros de Saberes” son espacios en los que el personal de salud se reúne con mujeres que están en la mediana edad y se desarrollan contenidos educativos donde las mujeres pueden expresar sus dudas y compartir experiencias. También este programa de la mediana edad cuenta con un grupo de apoyo para mujeres en el cual se promueve el análisis basado en género desde situaciones cotidianas que viven cada una de ellas y se busca el crecimiento personal y el fortalecimiento mutuo. Son espacios donde se problematizan los roles tradicionales de género, se valida el malestar de las mujeres y la toma de conciencia sobre situaciones de subordinación, infantilización y control ejercido por los esposos sobre ellas que las conducen a presentar cuadros depresivos y otras afecciones en la salud. A continuación se presentan algunas palabras de las mujeres expresadas en uno de los grupos de apoyo observado:

“Antes estaba deprimida, empecé a darme mi lugar y salir adelante; el grupo me ayudó a identificar mis miedos. Uno necesita asistir a algo, buscar apoyo”.
(mujer del grupo de apoyo de la mediana edad)

“Desde que vengo aquí hay cosillas que dicen cada una y yo me pongo a pensar lo que todas dicen. Yo soy temerosa y aquí me han ayudado a sacar todo al aire. He ido cambiando, cositas pequeñas, yo me quedo pensando que tienen razón”
(otra mujer del mismo grupo)

“Solamente estar aquí para mí es un cambio. Porque en realidad yo no me puedo mover de la casa si mi esposo no quiere. Yo le dije, esas reuniones no me las pierdo. Bueno dijo él, si usted siente que le hace bien entonces vaya”.

(otra mujer del mismo grupo de apoyo)

En estos espacios se estimulan procesos de empoderamiento que permitan la recuperación de la autonomía, se comparten vivencias y estrategias entre las mujeres.

A su vez, el Programa de Salud cérvico-uterino y de mama conformó un grupo de apoyo dirigido a mujeres que padecen o han padecido problemas oncológicos y sus familiares. En el caso de este último programa se ha avanzado en la conformación de una asociación de mujeres sobrevivientes de cáncer que buscan apoyar en forma voluntaria a las mujeres con patología oncológica dentro y fuera del hospital.

En todos estos espacios se pudo constatar como la incorporación del enfoque de género y de derechos de las mujeres está presente, en unos casos como tema o contenido educativo, en otros como eje transversal. Las profesionales en trabajo social son quienes han incorporado el enfoque de género con mayor claridad, mientras que el enfoque de derechos está más generalizado en el resto del personal que participa en estos espacios. En ese sentido, se pudo observar un especial énfasis en el cuestionamiento de los roles tradicionales de género y la promoción del derecho a la información, a la toma de decisiones en salud y a una vida libre de violencia.

b.5.2 Cambios en las prácticas hospitalarias

b.5.2.1 Transformaciones en las prácticas obstétricas a partir de la Medicina Basada en la Evidencia

El proceso de transformación de las prácticas médicas en el Hospital es vital dentro del Nuevo Modelo, sin embargo las dificultades y resistencias por parte de los médicos a incorporar el enfoque de género en su quehacer se hizo evidente. Para algunos este enfoque era un asunto de trabajo social e incluso de enfermería; para otros la propuesta era muy teórica o abstracta, por lo que participaron escasamente en las actividades de sensibilización. Por eso una estrategia fundamental fue abordar la transformación de las prácticas médicas desde la evidencia científica. En ese sentido el Servicio de Obstetricia reunía condiciones para desarrollar los cambios, ya que la jefatura del servicio estaba a cargo de un médico con amplia experiencia en investigación.

En ello, la OPS fue un importante aliado, pues puso en contacto al Hospital de las Mujeres con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), institución especializada en investigación y asesoría en la atención perinatal en la región. El Hospital mostró interés de participar dentro del Programa de Distinciones Especiales a Maternidades con Alta Calidad de Atención que impulsaba el CLAP/OPS. Para lograr esta distinción, se contemplaba entre otras cosas la transformación de las prácticas obstétricas de acuerdo a los avances de la medicina basada en la evidencia.

Según la experiencia acumulada por el CLAP, muchas prácticas rutinarias que se practica en los servicios de obstetricia de la región, responden a la costumbre más

que a prácticas con fundamento científico. En el diagnóstico del Hospital de las Mujeres se identificaron dos terceras partes de las prácticas hospitalarias que no contaban con evidencia científica que las respaldara.

Entre los cambios a incorporar se planteó la episiotomía restrictiva en lugar de rutinaria, el alumbramiento activo sin interferencia del personal médico o de enfermería si no era necesario, permitiendo así a las usuarias tener un papel más activo en su labor de parto y mejorar su satisfacción con la atención recibida. A su vez se recomendó el apoyo continuo por parte de personas cercanas a las mujeres durante la labor del parto y el respeto a la libre posición elegida por las usuarias ya que había evidencia contundente de los resultados favorables en el parto. Se presentó como modelo de estos cambios la experiencia del Hospital de Dublín.

La propuesta del CLAP era compatible con los requerimientos del nuevo Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, ya que fortalecía a las mujeres y sus familias respetando sus derechos a un abordaje integral de sus necesidades de salud y favorecía la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres al igual que el trato humanizado.

Este proceso de cambio contó con actividades de capacitación. Se desarrolló un “Taller de Reflexión y Análisis de Prácticas Obstétricas Beneficiosas para la Madre y su Hijo(a)”. A ella asistieron mayoritariamente personal de enfermería, luego médicos obstetras, personal administrativo y de aseo. En este taller se trabajó con las prácticas de apoyo continuo y libre posición de las usuarias en la labor y el parto; la educación de las usuarias y su acompañamiento en el proceso de parto, derechos sexuales y reproductivos; parto humanizado y bioética. En este taller se hicieron ejercicios de reflexión para identificar elementos que facilitan y que obstaculizan la implementación de las nuevas prácticas obstétricas y en conjunto pensar posibles soluciones o mejoras que se podían hacer en el Hospital.

También el proyecto brindó becas para profesionales en medicina y enfermería obstétrica para capacitarse en la sede del CLAP en Uruguay. Personal médico asistió a un taller de trabajo para el desarrollo de guías clínicas perinatales, y al curso de medicina perinatal. La delegación costarricense fue conformada por cuatro médicos obstetras.

A su regreso, las personas que fueron becadas por el CLAP desarrollaron talleres y sesiones educativas sobre medicina basada en la evidencia en la práctica obstétrica en los cuales se transmitieron los conocimientos adquiridos tanto a médicos como enfermeras del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital.

El *Programa de Distinciones Especiales a Maternidades con Alta Calidad de Atención* no avanzó por falta de financiamiento del CLAP, sin embargo esta iniciativa permitió crear una comisión responsable del proyecto conformado por médicos y enfermeras obstetras, la coordinación fue asumida por una enfermera obstetra, algo nuevo para el Hospital. La coordinación efectiva entre médicos y enfermeras, al igual que la conducción del proceso por parte de enfermería, no habría sido posible sin el proceso previo de sensibilización en enfoque de género impulsado al interior del Hospital y apoyado por las capacitaciones de las expertas canadienses.

La propuesta requería no solo motivación sino convencimiento de la importancia que ello se tradujera en la implementación de prácticas que efectivamente mejoraran la calidad de la atención. El Jefe de Servicio junto con un grupo importante de médicos y enfermeras se comprometió con la erradicación de algunas prácticas y

con la aplicación de otras que resultaran beneficiosas para la salud de las mujeres, de sus bebés y sus familiares.

Estos cambios fueron acompañados por transformaciones en la infraestructura del Servicio de Obstetricia. El salón de labor de parto fue rediseñado construyéndose cubículos que permitieran dar mayor privacidad a las mujeres en el momento del examen y valoración obstétrica. A su vez se hizo una salita de espera y se acondicionó un jardín, para que las mujeres contaran con espacios y así respetar la libre posición en labor de parto, al igual que el acompañamiento de los familiares, esto en un ambiente agradable y de apoyo. Estos cambios permitieron romper con la imagen de un ambiente hospitalario cerrado y hostil.

También prácticas desagradables para la mujer parturienta como la aplicación de enemas y rasurado pélvico, que eran utilizadas de rutina, fueron erradicados de las prácticas hospitalarias. La aplicación de episiotomía disminuyó en forma significativa. Según datos estadísticos en el año 1998 el 43% de las mujeres egresaban con una episiotomía, para el año 2002 el porcentaje se redujo a un 15%, en el 2007 se registra un 17%. Desde la perspectiva del Jefe del Servicio, se observa una actitud diferente en las mujeres, ya no se observan con malestares en el post parto, sino más satisfechas y con una mejor recuperación en este período. Los niveles de cesáreas se han mantenido por debajo del 20% de los partos, en el año 2000 se registró un 23% de cesáreas y ya para el año 2001 se habían reducido a 16%. También el acompañamiento por parte de familiares en labor de parto era de un 30% a principios del año 2000 y para el año 2001 se incrementó a un 90% de las mujeres.

Es interesante observar que estos cambios encontraron resistencias por parte de los programas de reducción de las infecciones hospitalarias a nivel de la CCSS y se descalificó en un inicio esta iniciativa. La presencia de familiares en salones se consideró riesgosa y contraria a las normas de control estipuladas institucionalmente. Sin embargo el sistemático registro de los resultados pudieron rebatir los argumentos en contra y poder evidenciar resultados favorables. Con ello se rompió el mito de ver el parto como un acto de quirófano para mirarlo como un proceso natural que es acompañado por el personal de salud.

Además de estos cambios, el Servicio de Obstetricia ha ido introduciendo nuevos servicios en los últimos años. Entre ellos la inducción ambulatoria del parto en casos de embarazos post término que no presentan factores de riesgo como hipertensión. Anteriormente estas mujeres eran internadas para inducirles el parto, esto implicaba estadías promedio de tres días, tiempo en el cual las mujeres se mostraban ansiosas por estar lejos de sus hogares y preocupadas por el cuidado de sus hijos(as) en su ausencia. El nuevo servicio permite monitorear la inducción del parto durante la mañana y darle salida a las mujeres en la tarde para que se mantengan en contacto con sus núcleos familiares, luego retornan el día siguiente hasta que se desarrolle la labor de parto.

Para el Hospital este servicio también ha significado reducción en costos de hospitalización los cuales disminuyen en día y medio la ocupación de camas por parte de estas usuarias. Las mujeres son informadas del programa y aceptan voluntariamente participar en el mismo. En la gran mayoría hay una aceptación del procedimiento, de 290 mujeres que han participado en este proceso (se implementó a partir de febrero 2006), solo tres abandonaron el programa y buscaron la atención en otro hospital. También se contempla el respeto a la decisión de la mujer si decide no continuar en el programa y hospitalizarse si así lo desea.

También se han creado espacios educativos en los salones de post parto que son facilitados por personal de enfermería y que orientan a las mujeres en cuanto a las señales de alarma y también los cuidados de ellas y sus bebés.

En estos cambios ha sido fundamental el cambio de actitud del personal de salud, el desarrollo de habilidades para informar y acompañar a las mujeres y sus familiares para tener mejores resultados en el proceso de parto. Pues el éxito de estos programas se basa en la capacidad de motivar y convencer a las mujeres en cuanto a los beneficios de estas prácticas obstétricas.

Es indudable que todos estos cambios fueron influenciados por varios factores, entre ellos los ejercicios de reflexión promovidos a través del *BIAS FREE* Framework, donde se pudieron identificar prácticas obstétricas y disposición del espacio físico e infraestructura que respondían a criterios y comodidad del personal de salud por encima de las necesidades y derechos de las personas usuarias de los servicios.

A su vez, es importante destacar como estos cambios no solo responden a las iniciativas del CLAP y al nuevo Modelo de Atención. También contribuyó el hecho de que algunas enfermeras obstetras al interior del Hospital, hacia años se habían ido informando y convenciendo de la importancia de promover la humanización del parto en el Hospital. Por otra parte, el movimiento de mujeres a favor del parto humanizado, que reunía varias ONG s, constituyó una importante fuerza de presión a nivel de medios de comunicación para presionar la implementación de cambios en los servicios de obstetricia de los hospitales de la CCSS. Este movimiento no solo era nacional sino internacional y la medicina basada en la evidencia se tornó una herramienta aliada a los objetivos perseguidos por estos grupos.

Se puede afirmar que efectivamente se dieron cambios significativos en el servicio de obstetricia del Hospital de las Mujeres como resultado de diferentes iniciativas y esfuerzos que convergieron, entre ellos la aplicación del *BIAS FREE* Framework.

b.5.2.2 Mejoramiento de la calidad en la atención hospitalaria ginecológica y neonatal

Además de los cambios antes indicados en el servicio de Obstetricia, en los otros dos servicio de hospitalización brindados por el Hospital, también se fueron implementando cambios. En el servicio de Ginecología ya existía la sensibilidad de mejorar la calidad en la atención y algunos ginecólogos coincidían con la idea de ofrecer una atención más personalizada. Una de las iniciativas que se impulsó desde la jefatura del servicio, fue buscar preservar la privacidad de las mujeres eliminando las prácticas de registrar la historia clínica de cada mujer en los salones, frente a las demás personas. Para ello se acondicionó un cubículo en el cual las mujeres podían suministrar la información requerida con mayor privacidad y confidencialidad.

Otra medida fue incorporar el consentimiento informado de las mujeres antes de practicarles una cirugía y a la vez garantizar que el mismo cirujano que realizaría la cirugía les informara sobre los procedimientos y les diera seguimiento post operatorio. A su vez se crearon espacios de información dirigidas a las usuarias de los servicios de cirugía para prepararlas antes de someterse al proceso quirúrgico. Estos espacios son conducidos por personal de enfermería y permiten a las mujeres expresar sus temores y sus dudas para así llegar más tranquilas y con mayores conocimientos sobre los cuidados que deben tomar post operatorios.

También se logró crear un nuevo espacio físico específico para las mujeres que tuvieran un aborto espontáneo, el cual se encuentra separado del Servicio de Obstetricia de forma tal que se respete el proceso de duelo y las necesidades específicas de estas mujeres.

Parte del personal de enfermería se identificó con la idea del cambio dentro del Hospital y promovieron transformaciones para brindar una atención más satisfactoria para las mujeres. Cabe resaltar como la secretaria del servicio de Ginecología se constituyó en pieza fundamental para la articulación de servicios, mejorando así la eficiencia de la atención brindada. Ella le propuso al jefe de servicio coordinar con los servicios de farmacia, citas y exámenes de laboratorio y ultrasonido dentro del hospital y con otras unidades de salud fuera del hospital, de manera tal que al darles la salida a las mujeres luego de su hospitalización podrían egresar con las coordinaciones ya realizadas. Este es un buen ejemplo de trabajo en equipo, coordinaciones efectivas y especialmente como se logra establecer prácticas que rompan con la fragmentación y la discontinuidad en la atención. La solución de los problemas de salud en las mujeres se ha logrado posicionar en el centro y de ahí que se de mayor satisfacción, lo que le ha valido a este servicio obtener por varios años el índice de calidez más alto dentro del Hospital otorgado por las usuarias.

En el caso del Servicio de Neonatología es interesante observar como los programas de lactancia materna y de atención a bebés prematuros y sus familias han podido integrar el enfoque de género. El Hospital cuando era Instituto Materno Infantil fue denominado Hospital Amigo de la Madre y el Niño(a), y fue pionero en el programa de Madre Canguro en el país. Estos programas hacían especial énfasis en el bienestar del bebé y la madre debía responder a sus requerimientos especialmente en cuanto a la lactancia materna. El proceso de cambio en el hospital permitió mirar muchas prácticas que promovían roles tradicionales de género y que colocaban a las mujeres en situaciones de gran vulnerabilidad para su salud y proponer modificaciones. Por ejemplo responsabilizar exclusivamente a la mujer del cuidado de su bebé y culpabilizarla cuando no respondía a las exigencias de su bebé aunque muchas veces estuvieran en detrimento de sus necesidades de descanso y condiciones de vida. En la actualidad se promueve la integración del padre y familiares en el cuidado de bebés prematuros, no se le obliga ni culpabiliza a la madre a amamantar a su bebé y el personal de salud apoya con procesos educativos en los cuales se incorporan contenidos de socialización de género para promover una crianza más participativa.

El servicio de Neonatología cuenta con una Clínica de Lactancia en la cual se promueve el acompañamiento y apoyo madre a madre ante las dificultades en la lactancia. También en la actualidad un equipo interdisciplinario desarrolla un programa educativo y de apoyo mutuo con los familiares de bebés prematuros en los cuales se busca fortalecerles y capacitarlos en el cuidado de los y las bebés desde una visión de participación familiar. Se contempla coordinar el seguimiento en los hogares como un proyecto a implementar a corto plazo. En este servicio dos enfermeras especialistas en neonatología desarrollaron una experiencia de investigación que permitió mostrar la sobrecarga que viven las madres con bebés prematuros y como el personal de salud puede acompañar y fortalecer la red de apoyo familiar que permita romper con los roles tradicionales de género y facilitar la equidad.

Por último hay que mencionar que a diferencia de otros hospitales, la Comisión de Lactancia Materna es coordinada por una trabajadora social y no por un pediatra, como es lo habitual en otros establecimientos hospitalarios.

Cabe indicar que si bien no todo el personal de estos dos servicios hospitalarios pudo participar en el taller de Análisis Basado en Género, ni conocer el instrumento del *BIAS FREE* Framework, los representantes que si participaron se convirtieron en muy buenos promotores y receptores para los cambios ocurridos en los mismos. De nuevo se observa una sinergia de elementos favorecedores de los cambios.

b.5.3 Apertura y proyección del Hospital hacia las Áreas de Salud a través de la gestión en red

Como ya antes se indicó, la propuesta de transformación del Hospital de las Mujeres involucraba la creación de condiciones para su apertura extramuros. Esto permitiría una mayor interacción entre los tres niveles de atención en salud desde nuevas formas de gestión que favorecieran la atención oportuna y eficiente de la salud de las mujeres.

Para el año 2002 ya se habían desarrollado varias acciones de acercamiento. Entre ellas los procesos de sensibilización y capacitación sobre el nuevo modelo y el enfoque de género en los que participaron funcionarios(as) de los tres niveles, incluido el Taller de Análisis Basado en Género. Se avanzó entonces hacia la creación de una forma organizativa que permitiera articular los esfuerzos entre niveles. En un principio se pensó conveniente desarrollar este proceso desde los tres programas de atención integral conducidos por los equipos interdisciplinarios del Hospital, de forma tal que los mismos fueran implementados en forma conjunta y con la participación de mujeres lideresas de las comunidades ubicadas en las tres Áreas de Salud de atracción.

Para ello se desarrolló el taller de Fortalecimiento del Trabajo de Gestión de la Salud en Red para la Atención Integral de las Mujeres, en el cual se propuso una forma de funcionamiento alternativo basado en la horizontalidad y la construcción de vínculos de solidaridad y de confianza entre los y las participantes. Esta propuesta compartía con el *BIAS FREE* Framework la necesidad de eliminar las jerarquías que impedían relaciones de igualdad y equidad entre niveles de atención y con las mujeres de las comunidades para operar conjuntamente. Esto permitió plantear la idea de compartir objetivos comunes entre los diferentes actores sociales y asociarse para su consecución. En este taller participaron los representantes de cada programa a nivel hospitalario, el Grupo Multiplicador de los tres niveles y mujeres lideresas de las comunidades. La nueva propuesta de gestión en red resultó coherente con los lineamientos del nuevo modelo y fue una contribución importante para guiar el trabajo conjunto.

Para lograr implementar esta gestión en red, fue fundamental realizar cambios en la estructura organizativa dentro del Hospital. Una acción estratégica fue crear la Jefatura de Consulta Externa, la cual asumió a su vez la coordinación de este proceso de gestión en red junto con la coordinadora de la CTISS. Ambos se apoyaron en las ideas básicas de transformación propuestas por el *BIAS FREE* Framework y los planteamientos de Mario Rovere¹¹ sobre los niveles de construcción de redes que identificaba claramente la gestión en red sin jerarquías, con toma de decisiones por parte de todos sus integrantes y desde una lógica de construcción social. A su vez, se formaron alianzas estratégicas con la Gerencia Médica y la Gerencia de Modernización de la CCSS para respaldar el trabajo entre niveles de atención.

¹¹ Mario Rovere (1998) Redes: hacia la construcción de redes en salud. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario, Argentina.

El acercamiento de la Jefatura de Consulta Externa, con el aval de las autoridades institucionales, a las diferentes áreas de salud que conforman el área de atracción del Hospital, facilitó el apoyo de los niveles directivos de Clínicas Mayores y Áreas de Salud. Pues comprendieron las ventajas de esta estrategia para organizar con mayor eficiencia la atención de la salud. Cabe resaltar como en este nivel de decisión, las Clínicas Mayores y Áreas de Salud involucradas son dirigidas mayoritariamente por mujeres médicas; de cinco directores cuatro son mujeres.

Así la primera acción acordada fue la elaboración de un diagnóstico que permitiera identificar los nudos críticos de la atención entre niveles. A través de un proceso participativo de planificación con las(os) directoras(es) de Clínicas Mayores y Áreas de Salud, quedó evidenciada la descoordinación entre niveles y la desarticulación de las acciones hospitalarias con relación a las realidades locales. Se identificaron varios problemas: inadecuada capacidad resolutive en cada nivel de atención, falta de canales adecuados de comunicación entre niveles, ausencia de evaluación del cumplimiento de normas institucionales de atención en salud según riesgo, falta de coordinación ágil y oportuna para la resolución de problemas de salud, al igual que ausencia de participación ciudadana. Esto generaba en la población femenina gran frustración al tener que transitar por los laberintos institucionales, y en ellos ir encontrando contradicciones y miles de obstáculos para la resolución de sus problemas en salud.

A partir de este diagnóstico se comprendió la necesidad de ordenar y planificar las acciones conjuntamente. Se estableció entonces una instancia de coordinación desde el más alto nivel de decisión que comprende la Dirección General en la cual se incluyen directores y directoras de Hospital, Clínicas Mayores y Áreas de Salud. En un segundo nivel, el Modelo de gestión en red se organiza a partir de una Gerencia Operativa en la cual están involucrados la jefatura de Consulta Externa del Hospital, la Coordinadora de la CTISS y los delegados de directores de Clínicas Mayores y Áreas de Salud, junto con representantes de la Junta de Salud del Hospital. Luego se organiza un Nivel Operativo en el cual están los coordinadores de programas o proyectos de atención a las mujeres, el Grupo Multiplicador y se busca incorporar agrupaciones de mujeres organizadas.

La estrategia inicial de implementar los tres programas de atención integral entre niveles conducidos por cada equipo interdisciplinario del Hospital, tuvo que ser revisada y ajustada a esta nueva forma de coordinación operativa. En la Gerencia Operativa las decisiones se toman mayoritariamente por personal médico ya que en dicha profesión delegan las y los directoras(es) de Clínicas y Áreas de Salud. Se formuló entonces un plan de acción en el que se desglosan las estrategias a desarrollar dentro del Modelo de gestión en red y se integran esfuerzos para su ejecución. En este plan de acción se identifican cinco áreas de trabajo: educación y facultación de las y los actores sociales internos y externos; coordinación entre los niveles y trabajo en red; trabajo en equipos interdisciplinarios y programas de atención integral; participación social y fortalecimiento del proceso de referencia y contra-referencia entre niveles. Aquí se ve permeado el modelo de gestión en red por los planteamientos del análisis basado en género y los lineamientos del nuevo Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres.

Una de las acciones estratégicas impulsadas por esta instancia fue el intercambio de conocimientos y retroalimentación entre niveles para mejorar la capacidad resolutive de los problemas en salud y la competencia técnica entre el personal de los tres niveles de atención. En ese sentido se logró planificar conjuntamente las actividades de capacitación de forma tal que respondieran a las necesidades reales

y a los problemas identificados en el diagnóstico. El Hospital asumió el liderazgo en los procesos de capacitación y transmisión de conocimientos especializados al I y II niveles para mejorar la detección oportuna de problemas de salud y hacer referencias con mejores criterios técnicos. Esto involucró tanto talleres de capacitación como pasantías en los servicios hospitalarios.

Es importante indicar que si bien la gestión en red se ha planteado desde el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, aun predomina la toma de decisiones desde los criterios médicos y las acciones de capacitación centradas en dichos profesionales. Sin embargo, se hacen esfuerzos por sensibilizar al personal médico hacia el trabajo en equipo, enfoque de género y de derechos e incorporar a docentes de otras disciplinas en los talleres de capacitación. A su vez, un esfuerzo importante por romper la hegemonía médica en la toma de decisiones en torno a la salud de las mujeres, tal como se puede concluir con la aplicación del BIAS FREE Framework, lo constituye el hecho de incorporar representantes de la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres dentro de la Gerencia Operativa y con ello se logra ir introduciendo la participación ciudadana en la toma de decisiones.

Para el Hospital, la gestión en red ha implicado un acercamiento a la realidad local y sus necesidades; para las Clínicas y Áreas de Salud una oportunidad de conocer el funcionamiento hospitalario y así mejorar la capacidad diagnóstica, de referencia y el acceso a la oferta de servicios de mayor complejidad. Tanto para el Hospital como para las Áreas de Salud constituye una experiencia que facilita el intercambio y el aprendizaje mutuo, al igual que la capacitación del recurso humano y el establecimiento de programas entre niveles orientado a las necesidades reales de las mujeres.

En palabras de una de las personas entrevistadas que forma parte de la Gerencia Operativa de la red:

“Antes de las capacitaciones que se dieron con las canadienses no existía relación con el Hospital. A partir de ahí se empezó a establecer un lazo muy estrecho que se ha podido mantener y de hecho es la mejor red que nosotros (Área de Salud) manejamos. Podemos coordinar muy bien, la atención es pronta. Ante cualquier problema yo puedo llamar a Zully o al doctor Ledesma y ellos le resuelven a uno, existe la confianza”.

(Directora médica de un Área de Salud entrevistada)

Esta misma entrevistada compara esta experiencia con otra red en la cual deben participar y señala como en la otra experiencia predomina la jerarquía, el Hospital de referencia define y da directrices de lo que deben darle las Áreas de Salud para cumplir con los compromisos de gestión y no se ve un ordenamiento ni planificación desde la realidad local. Este testimonio apunta también a una diferencia cualitativa en la cual el enfoque de género ha permeado, pues hay una sensibilidad diferente a reconocer la importancia de fortalecer a las mujeres e incorporar las Juntas de Salud en los procesos de decisión. Esta es una evidencia más del valor que tiene el BIAS FREE Framework para apoyar la conducción de procesos de cambio que vayan más allá de lo superficial para lograr cambios sustanciales en las relaciones de poder.

En la actualidad ya se observan resultados positivos de esta gestión en red. Se han diseñado planes y programas de trabajo conjunto y metas comunes. Según señalan los coordinadores de la Gerencia Operativa y corroboran otros(as) miembros(as) de la misma:

- Se ha aumentado la capacidad resolutoria de los diferentes niveles.

- Se han establecido acciones de cooperación entre niveles como la provisión e intercambio de equipos de diagnóstico y otras herramientas necesarias para mejorar los procesos de trabajo y diagnóstico oportuno
- Han disminuido los tiempos de espera para la atención. Si en el año 2002 el tiempo de espera para una colposcopia era mayor de 6 meses, en el año 2005 se reduce a un mes y medio. A su vez las citas para la atención en menopausia pasaron de 9 meses en el año 2002 a 3 meses en el año 2005.
- El perfil epidemiológico de las mujeres que arroja la información de Consulta Externa del Hospital, ha guiado la priorización en las acciones conjuntas entre niveles.
- Se han ordenado los procesos de referencia y su calidad, lo que facilita el acceso de las mujeres a una atención oportuna. Anteriormente las mujeres debían llevar la referencia al Hospital y solicitar una cita. En la actualidad las referencias son enviadas por mensajero y se les asigna citas a las mujeres para su atención. Con ello ha mejorado la comunicación y flujo de información entre niveles permitiendo una mejor articulación del sistema de referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención.
- Se ha incorporado proyectos de participación social en red en los cuales las comunidades participan activamente en el desarrollo de programas de salud como por ejemplo la captación temprana de mujeres para el examen de papanicolau y detección temprana de casos de cáncer cérvico-uterino.

Esta experiencia ha servido de ejemplo nacional y a su vez ha permitido establecer criterios para la formulación de los compromisos de gestión en otras redes de servicios de salud de la CCSS.

b.5.4 Transformaciones en la estructura organizativa, administrativa y políticas de recursos humanos

Las expertas canadienses pudieron transmitir la importancia de hacer cambios en la cultura organizacional al igual que cambios estructurales desde una perspectiva de género. El *BIAS FREE Framework* sirvió para orientar la identificación de jerarquías en la estructura organizativa y plantear los cambios requeridos. Sin embargo, tanto los cambios en la estructura organizacional como en la administrativa han sido más lentos y dificultosos. Para ser coherentes con el nuevo modelo se buscaba crear estructuras más planas que permitieran un funcionamiento horizontal entre disciplinas y al interno de las disciplinas. Las resistencias ante este tipo de cambios han sido muy fuertes, sin embargo, la misma planificación estratégica y las alianzas con la Dirección de Desarrollo Organizacional de la CCSS, hacen que en la actualidad se cuente con una propuesta pendiente de aprobación en la que se rompe con la hegemonía médica y la organización jerárquica que caracteriza el Hospital. En la nueva propuesta los programas de atención integral logran tener un lugar predominante con la asignación de recursos específicos, y con ello se logra romper con las dificultades de coordinación entre disciplinas y servicios existentes.

Es importante destacar cambios ocurridos en la gestión gerencial del Hospital a lo largo de estos años de transformación. Antes de implementar el nuevo Modelo, la dirección hospitalaria se caracterizaba por ser cerrada, las decisiones eran centralizadas en el director y subdirector del Hospital, no existían canales de comunicación claros con el conjunto del Hospital ni se lograban implementar cambios sustantivos en la institución. La presión externa y las iniciativas impulsadas a lo interno condujeron a una gerencia de puertas abiertas, más comunicativa y consultiva. La planificación estratégica logró romper viejas prácticas centralistas

y delegar en equipos el desempeño de funciones claves, esto permitió agilizar respuestas administrativas y hacerlas más eficientes y efectivas. Se crearon grupos asesores de apoyo a la dirección en la toma de decisiones, lo que llevó a prácticas más participativas y a un mejor desempeño gerencial. Prueba de ello es el puntaje que el Hospital ha ido logrando obtener en los Compromisos de Gestión firmados con la Gerencia Administrativa de la CCSS, si para el año 1999 se alcanzó una calificación de 56 sobre 100, para el año pasado esta calificación ascendió a 96. Este puntaje solo es posible obtenerlo a partir de la colaboración de todos en la obtención de las metas propuestas. También la dirección del Hospital ha logrado comprender y apoyar las iniciativas de participación social, lo que le da características únicas al Hospital dentro de la institución.

Con respecto a la gestión administrativa, cabe resaltar también como en el año 2002 el Presidente Ejecutivo de la CCSS solicitó incorporar indicadores de calidad con enfoque de género en los Compromisos de Gestión que firmaría el Hospital de las Mujeres y las Áreas de Salud adscritas para el año 2003 con la Unidad de Compra de Servicios de la Gerencia Administrativa de la CCSS. Esta era una oportunidad para definir un amarre administrativo a la implementación del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres al interior del centro y con las Áreas de Salud, y la CTISS asumió el reto. Se pretendía que la definición de los indicadores fuera el resultado de un trabajo conjunto de diferentes expertas en género. Finalmente los indicadores fueron formulados por la coordinadora de la Comisión Técnica Interinstitucional y la representante del INAMU en dicha comisión. La propuesta de indicadores se hizo pero hasta la fecha es poco lo que se ha incorporado en los compromisos de gestión. El mayor logro fue a nivel de gestión en red, como ya antes se señaló, pero tal como corroboran diferentes personas entrevistadas, estos instrumentos administrativos carecen de un enfoque de género y la salud de las mujeres sigue circunscrita a la salud reproductiva y su atención.

Por otra parte, el Departamento de Recursos Humanos del Hospital de las Mujeres no aplica ninguna política afirmativa a favor del empleo de personal femenino, ya que sigue también lineamientos institucionales y gremiales difíciles de cambiar en un nivel local. Lo más que se ha avanzado es a la aplicación de criterios de igualdad entre géneros y no de equidad o concordantes con las preferencias de las usuarias manifestadas en diversos diagnósticos, en donde se expresa el deseo de ser atendidas por personal femenino. Sin embargo, en los procesos de inducción se hace énfasis en capacitar al nuevo personal sobre el Modelo de Atención Integral a la Salud de las Mujeres y el enfoque de género. También cabe rescatar una tendencia que han tenido los jefes de servicio de ir incorporando profesionales mujeres en el grupo médico. En el año 1999 todos los profesionales en medicina eran médicos hombres; en la actualidad el servicio de Ginecología cuenta con tres mujeres de los diez ginecólogos con los que cuenta. También en el Servicio de Obstetricia se han integrado cuatro médicas obstetras. A su vez, se observan más residentes mujeres que en épocas anteriores.

Por último, el establecimiento de una Contraloría de Servicios de Salud al interno del Hospital, ha sido una pieza fundamental para canalizar las quejas de las mujeres y dar un soporte legal a su tramitación. Desde esta instancia se ha logrado contar con la abogacía de los derechos de las mujeres y sus familias.

b.6 Proyecciones hacia el Futuro

El Hospital ha acumulado una experiencia importante que en la actualidad busca fortalecer a través de un nuevo Plan Estratégico que de sostenibilidad al Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. Se busca convertirlo en una institución rectora en el campo de la salud integral de las mujeres dentro de la CCSS. Tal como se establece en documentos de trabajo, el Hospital de las Mujeres, en su condición de hospital especializado de cobertura nacional, busca constituirse en un establecimiento rector en materia de salud sexual y salud reproductiva en el país, al igual que “formulador de políticas públicas, líder en la atención y generador de modelos específicos de atención, normas y protocolos para abordar la salud de las mujeres integralmente”.

Para ello, el Hospital de las Mujeres está en proceso de elevar su nivel de complejidad y dar respuesta a las necesidades de salud de las mujeres y sus bebés que históricamente han tenido que remitirse a otros hospitales nacionales que cuentan con mayores recursos y la tecnología especializada para dar respuesta. Ejemplo de ello son las unidades de cuidados intensivos obstétricos, ginecológicos y neonatales que se pretenden establecer en el Hospital en el nuevo edificio en proceso de construcción. También el Hospital está desarrollando una experiencia de atención al VIH/SIDA que trascienda el simple tamizaje que históricamente se ha hecho en esta institución, para ofrecer una atención integral a las mujeres que presenten esta situación de salud. Esta atención se basa en estándares de desempeño de calidad internacionales, enfoque de género y de derechos como modelo especializado en la atención de esta población con un abordaje interdisciplinario e interinstitucional.

A su vez, la nueva propuesta de estructura organizativa que está proponiendo el Hospital, apunta a hacer una ruptura con la estructura tradicional en la cual se jerarquiza la atención médica sobre las otras disciplinas al considerarla los servicios sustanciales y el trabajo de otras disciplinas como servicios de apoyo. En la actualidad se plantea la creación de una dirección de servicios integrales que permita trascender la atención biológica y que dé mayor estatus y recursos a los programas de atención integral en salud. Esto conducirá a trascender la estructura por servicios según disciplinas a programas organizados según procesos de atención que cuenten con contenido presupuestario y asignación de recursos humanos. También se busca articular los servicios con las Áreas de Salud de manera tal que los programas se conciban como programas integrales con el involucramiento de los tres niveles de atención.

Esta propuesta resulta muy novedosa para la CCSS y de concretarse sería el primer hospital que logra superar la estructura tradicional hospitalaria para acceder a una estructura organizativa acorde con la atención integral en salud. Para estos cambios, el Hospital ha buscado establecer alianzas estratégicas con la Dirección de Desarrollo Organizacional de la CCSS.

El Hospital de las Mujeres ha podido desarrollar una experiencia demostrativa del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres que puede ser aplicable al resto de hospitales del país y de hecho fue contemplada su difusión en el Plan de Desarrollo Nacional 1998-2002, a siete hospitales de la CCSS. Sin embargo esta tarea trasciende las funciones del Hospital y requiere del aval de la institución y su interés para difundir y generalizar este modelo. Sin embargo, representantes del Hospital han participado en foros de discusión y análisis a nivel nacional en

los cuales han podido dar a conocer sus experiencias y apoyar la formulación de normas de atención a la población femenina y políticas de salud específicas para las mujeres.

Como experiencia demostrativa, el Hospital de las Mujeres ha podido identificar la importancia de acompañar los procesos de transformación con herramientas tan valiosas, prácticas y sencillas como el *BIAS FREE* Framework que han demostrado ser un apoyo importante en la identificación de problemas y posibles soluciones frente a las inequidades en los servicios de salud y a su vez orientar los cambios requeridos. En el mismo sentido se podrán retomar otras estrategias que han demostrado tener un impacto favorable en la implementación del nuevo modelo de atención.

Por último hay que mencionar el nuevo edificio del Hospital, el cuál contará con mejores espacios para la atención en salud. Entre las mejoras que se busca incorporar en la Consulta Externa está el desarrollo de actividades de información y educación en las salas de espera de cada consulta. Esto mejorará el nivel de conocimientos de las mujeres sobre su salud y podrán contar con más criterios para la toma de decisiones informadas.

IV Avances en la equidad de género dentro y fuera del Hospital

Las inequidades en los servicios de salud se expresan de diferentes formas según relaciones entre géneros, pacientes/personal de salud, disciplinas, jefaturas/colaboradores, niveles de atención en salud, zona urbana/zona rural, entre otras. Las diversas combinaciones entre estas categorías no se dan al azar y es importante observar como la pertenencia a diferentes grupos no dominantes agrega condiciones de inequidad. El Hospital de las Mujeres y sus áreas de atracción no son la excepción. El grupo dominante está constituido por hombres médicos especialistas del tercer nivel de atención del área metropolitana y los grupos no dominantes lo constituyen profesionales de disciplinas no médicas, pacientes mujeres, médicos y médicas generales de un primer nivel de atención y residentes de zonas rurales.

La aplicación del *BIAS FREE* Framework contribuyó en esta identificación de las diversas formas en que se expresan las inequidades dentro y fuera del Hospital. A su vez, esta experiencia también retroalimentó el instrumento al aplicarlo en una realidad compleja como es la de los servicios de salud. El paso más complejo fue pasar de la identificación de inequidades a su transformación. En este apartado se intenta resumir los avances en cuanto a equidad alcanzados por el Hospital, siguiendo las categorías establecidas por el *BIAS FREE* Framework.

La eliminación de jerarquías en un ambiente hospitalario caracterizado por su estructura rígida y vertical es una tarea difícil, por ello los logros alcanzados en cuanto a equidad se deben leer a partir del juego de fuerzas en oposición que expresan intereses en conflicto, unos por preservar el poder de dominio y otros por su transformación. Las jerarquías tienden a naturalizarse en la rutina diaria de los servicios de salud y su legitimidad se basa en la costumbre. Múltiples mecanismos llevan a la jerarquización entre disciplinas, también al interno de las disciplinas, en los diferentes niveles de atención y en la relación con las usuarias de los servicios. La toma de conciencia e identificación de jerarquías es un primer paso y su modificación una tarea ardua y continua. Por ello los logros resultan de una combinación de coyunturas, condiciones favorables, procesos de concienciación y luchas grupales e individuales para alcanzar la igualdad y la equidad.

Dentro del Hospital, la inequidad de género se asocia especialmente con categorías disciplinarias y de usuaria/proveedor, esto se expresa paradigmáticamente a través de las relaciones entre médicos y enfermeras, al igual que en las relaciones

entre personal de salud y pacientes mujeres. En ambas relaciones se observan transformaciones importantes en la distribución de poder, aunque aun hay mucho por recorrer. Varias estrategias y situaciones explican los cambios alcanzados.

En el caso de la relación médicos – enfermeras, la sensibilización y capacitación de género, junto con la aplicación del *BIAS FREE Framework*, permitió a muchas enfermeras revisar sus actitudes y prácticas de subordinación. Tal como se aprecia en las palabras de una de las entrevistadas:

“En los hospitales los médicos son los reyes, y las enfermeras se han visto como sirvientas, empleadas de ellos. Se han dado cambios importantes, pero falta mucho. Hay que estar defendiendo el campo, el lugar. Hay más respeto de los médicos a las enfermeras, pero no el que debiera. (...) Las enfermeras están más empoderadas para exigir respeto.(...) Antes los médicos pedían que la enfermera le pusiera los guantes en la mano, que fueran a la par de ellos en las visitas para pasarles las hojas, hasta que les limpiaran los zapatos. Estoy clara que yo no estoy para servirle al médico sino a la usuaria.”

(Enfermera obstetra entrevistada)

También la adquisición de más conocimientos y el proceso de especialización de varias enfermeras a través de estudios de maestría, han permitido variar también los aportes de enfermeras a los servicios. Un buen ejemplo de ellos son varias enfermeras del servicio de Neonatología quienes a través de sus proyectos de graduación lograron formular programas novedosos que cuentan con el apoyo de la jefatura médica de servicio para su implementación. En estos ejemplos se aprecia como enfermería logra asumir cierto liderazgo en el mejoramiento de la calidad de los servicios y se reconoce su aporte.

Por otra parte, la promoción del trabajo en equipos interdisciplinarios permitió ir rompiendo el enfoque de la atención centrada en el abordaje exclusivamente médico de los problemas de salud. La creación de programas específicos conducidos por equipos interdisciplinarios ha sido una nueva forma de realizar las tareas. A su vez, ha sido una oportunidad para el fortalecimiento de otras disciplinas que no se han caracterizado por tener el lugar de privilegio como la disciplina médica dentro del sistema de salud. Con ello se ha posibilitado la apertura a involucrar nuevas miradas y discursos en la atención de la salud de las mujeres. La coordinación de los equipos ha sido asignada a funcionarias mujeres y mayoritariamente asumida por disciplinas no médicas. Esto implica un importante cambio que también ha creado formas de resistencia por parte de los médicos pero con el tiempo se han ido aminorando. También los roles tradicionales de género se han ido modificando con prácticas sencillas pero muy simbólicas. Ejemplo de ello es la toma de actas de reunión que tradicionalmente se asignan a las mujeres independientemente de su profesión. En los equipos interdisciplinarios esta tarea se rota y los médicos han tenido que aprender a desarrollar esa función y tomar notas legibles.

También se han creado nuevos espacios de discusión interdisciplinaria como las sesiones de discusión con todo el personal del Hospital, al igual que la planificación y consulta a todos los servicios sobre los cambios de planta física que están en proceso de implementarse con un nuevo edificio en proceso de construcción. Sin embargo, a pesar de que algunos espacios de análisis y toma de decisiones conjuntas a nivel interdisciplinario se han abierto, con el tiempo se cierran para nuevamente concentrarse en el personal médico tomando decisiones por todos.

Algunas disciplinas como Trabajo Social lograron introducir con mayor facilidad el enfoque de género en sus tareas cotidianas y en especial en los contenidos y metodologías educativas que se dirigen a las mujeres. Estos esfuerzos se mantienen con el paso de los años y se fortalecen.

Por otra parte la propuesta de gestión en red logró constituirse en una modalidad de trabajo entre niveles de atención basado en relaciones horizontales de respeto y apoyo mutuo. Con ello se avanza en superar la visión jerárquica entre el III, II y I nivel de atención en el cual se consideraban superiores los(as) funcionarios(as) de un tercer nivel con relación a los(as) funcionarios(as) del segundo nivel y aun más del primer nivel de atención. La especialidad de los y las profesionales en medicina y los recursos marcaban la diferencia jerárquica. Esta jerarquía se expresaba a través de descalificación e indiferencia frente a las referencias de pacientes realizadas por médicos o médicas generales de las Áreas de Salud (I nivel) hacia la Clínica Marcial Fallas (II nivel) o al Hospital de las Mujeres (III nivel), e incomunicación entre niveles. La gestión en red ha favorecido la accesibilidad de la población femenina a la atención hospitalaria oportuna y su seguimiento, al igual que la calidad en la atención.

Sin embargo, sigue predominando la toma de decisiones desde el personal médico y ello responde a las características propias de los servicios de salud, donde los puestos de autoridad son asumidos por esta disciplina. Las decisiones cuentan con poca retroalimentación desde otras disciplinas, las cuales quedan relegadas a un nivel operativo. Pero al mismo tiempo existen elementos de ruptura con el sistema tradicional que permiten identificar posibles cambios a un futuro cercano, y es la presencia de la jefatura de Trabajo Social dentro de la Gerencia Operativa y de representantes de la Junta de Salud.

En cuanto a las relaciones del personal de salud y las mujeres, se encontró evidencia que señala la introducción de cambios importantes. Estos cambios están asociados a procesos de empoderamiento de las mujeres al igual que avances del personal de salud en el establecimiento de relaciones más horizontales. En ello se han dado procesos que facilitan el desarrollo de habilidades personales en las mujeres a través de actividades de información y educación que facilitan la toma de decisiones en salud. También se han creado ambientes de apoyo y acciones comunitarias favorecedoras de la participación de las mujeres y sus familiares en la atención de su salud.

El paradigma tradicional de atención en salud, basado en la jerarquización del saber médico, la invisibilización de los intereses y necesidades de las mujeres, al igual que la negación de sus derechos, hasta cierto punto fue sacudido y modificado en el proceso. En ello se observa como el personal de salud ha cedido espacios de poder a las mujeres para establecer relaciones más horizontales. Se observa la aceptación y el respeto a las percepciones y necesidades de las mujeres.

El ejercicio de explorar las necesidades de las mujeres se observa en la transformación de algunos procesos educativos organizados al interior del Hospital tanto en sus contenidos como en la metodología utilizada. Se pasa de un modelo docente donde las profesionales deciden los contenidos educativos a abordar y son quienes conducen el proceso, a una propuesta más horizontal, basada en los intereses y necesidades de las mujeres para definir los contenidos educativos a abordar. Se parte de las experiencias de vida de las mujeres y se promueve el compartir vivencias e intercambiar opiniones entre las mismas mujeres, con ello se

valida el conocimiento y saber de las mujeres y se fortalece la toma de conciencia de sus derechos como personas. En estos procesos las profesionales desempeñan una función facilitadora del proceso de aprendizaje grupal y no se busca imponer el saber profesional.

También se han creado espacios de apoyo entre mujeres, como es el caso del grupo de mujeres de la mediana edad, los cuales se tornan modalidades educativas pero especialmente grupos de apoyo entre pares. En estos espacios se parte de la experiencia de las mujeres para la toma de conciencia sobre la condición de género y su impacto en la salud. Las mujeres logran identificar síntomas de depresión y dolencias físicas asociadas a la condición de mujer y plantean sus propias estrategias de cambio. El grupo de mujeres se apoya entre ellas mismas, reconocen las similitudes y potencialidades de cambio no identificadas anteriormente.

A su vez se observan esfuerzos importantes por superar las prácticas que patologizan, objetivan y culpabilizan a las mujeres en la atención de su salud. Esto se observa especialmente en las trabajadoras sociales quienes reconocen en su práctica actual todo un proceso de transformación en cuanto a la atención de las mujeres y sus problemáticas al igual que la forma como se piensan los planes de tratamiento. No se busca el etiquetamiento diagnóstico de las mujeres sino la comprensión de los problemas y su contextualización. Las mujeres son vistas y tratadas como sujetas con capacidad de decisión sobre sus vidas y se ha logrado evitar la culpabilización de las mujeres especialmente aquellas que se encuentran en situaciones de violencia o pobreza.

Otro logro importante es el cambio cualitativo que implicó transformar la Clínica de Menopausia desde una visión médica que patologiza un proceso en el ciclo de vida de las mujeres, hacia un Programa de Atención Integral a las Mujeres en la Mediana Edad, que busca una comprensión más amplia de los procesos de cambio físico, psicológico y social de las mujeres en esta etapa de sus vidas.

A ello se agrega la tendencia actual del Servicio de Obstetricia por abogar a favor de un parto cada vez más natural sin medicarlo. Todo ello se acompaña del respeto a las decisiones de las mujeres sobre su cuerpo y su salud. Los cambios más importantes se observan en la eliminación de prácticas obstétricas que tendían a apropiarse del cuerpo y las decisiones sobre el tratamiento de la labor de parto y del parto, obligando a las mujeres a subordinarse a las decisiones médicas o de enfermería. La eliminación de intervenciones innecesarias y el respeto a la libre elección de posición de las mujeres parturientas es en sí un avance importante.

Se pudo observar una mayor sensibilidad frente a las necesidades prácticas de las mujeres. Dentro de la atención en salud se hacen esfuerzos para identificar necesidades de las mujeres, como guardería, albergues para mujeres que residen lejos. Sin embargo aun falta pasar de la preocupación a la acción. También en servicios como la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva hay claridad sobre el impacto que tiene la condición de género en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad y los riesgos de coacción o complacencia con la pareja. Sin embargo, es importante destacar que aun falta mucho por avanzar en cuanto a la incorporación de los hombres en la atención de la salud. El Hospital de las Mujeres se ha inclinado por favorecer el bienestar de las mujeres, pero ello requiere del reconocimiento de la responsabilidad que deben asumir los hombres en cuanto a salud sexual y reproductiva, al igual que las tareas de crianza como tareas compartidas con las mujeres. Esto se aprecia en las Consejerías de Salud Sexual

y Reproductiva, donde la participación masculina es escasa, al igual que la oferta de métodos anticonceptivos masculinos. Con ello se les asigna a las mujeres la responsabilidad exclusiva de la anticoncepción.

Por otra parte, en los servicios hay cambios importantes en cuanto a la adaptación de los mismos a las necesidades de las mujeres. Anteriormente las mujeres debían adaptarse a la fragmentación de la atención basada en servicios, es así como una mujer después de una cirugía como la histerectomía era dada de alta desde el servicio de ginecología, pero luego debía hacer una fila para solicitar cita de seguimiento, otra fila para solicitar y retirar sus medicamentos, otra fila para solicitar sus exámenes de laboratorio. Se ha podido avanzar en la integración de servicios para dar respuestas más efectivas a las mujeres. En el servicio de hospitalización ginecológica, la secretaria coordina con todos los demás servicios para que cada mujer tenga su cita asignada, su medicamento y exámenes de laboratorio programados cuando egresa del servicio, al igual que las coordinaciones con otros centros de salud según lo requiera.

Los esfuerzos de acercamiento del Hospital a los niveles locales también ha facilitado la contextualización de la atención de las mujeres. Cabe resaltar un esfuerzo particular de unas enfermeras de neonatos por dar seguimiento a los niños prematuros en sus hogares. Esta experiencia por sí misma cambió cualitativamente la calidad de la atención y abrió un canal importante de apoyo familiar.

Hacia futuro, el Hospital se abre a una nueva estructura organizativa que permite articular todos estos esfuerzos en forma coherente y en conexión con las Áreas de Salud. También la experiencia desarrollada por mujeres lideresas de las comunidades ha abierto nuevas prácticas en salud y las mujeres han logrado defender un lugar importante dentro de los servicios de salud y la toma de decisiones.

Se puede concluir que el Hospital ha avanzado en cuanto a desarrollar procesos de empoderamiento de las mujeres a través de:

1. La habilitación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud a través de actividades informativas y educativas.
2. La creación de ambientes de apoyo como son los espacios de acompañamiento familiar, grupos de apoyo entre mujeres, espacios educativos en los cuales se valida el conocimiento de las mujeres y la participación de mujeres sobrevivientes que acompañan procesos de recuperación de mujeres como el de cáncer.
3. Las acciones comunitarias de formación de lideresas de base y la formación de Asociaciones de Mujeres que tengan una participación activa en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y en la toma de decisiones.
4. Las políticas del Hospital y las Áreas de Salud que favorecen las acciones colectivas con organizaciones de mujeres y la transferencia de poder a las mujeres para el desarrollo de programas de salud y de bienestar cantonal.

Todos estos logros deben ser sostenibles y mejorables a través del tiempo, de ahí la necesidad de seguir construyendo viabilidad para mantenerlos y fortalecerlos en el futuro.

V Conclusiones

Se puede afirmar que el Hospital de las Mujeres y sus áreas de atracción efectivamente han atravesado un proceso de transformación. Los cambios cualitativos que se observan en gran parte están asociados con la introducción del enfoque de género, el cual ha sido asimilado como parte del mejoramiento de la calidad en la atención desde un abordaje integral de la salud de las mujeres.

Las capacitaciones de las expertas canadienses jugaron un papel fundamental en dicha transformación, al igual que otras iniciativas que fueron coherentes con el enfoque de género y que se sumaron al proceso. El *BIAS FREE Framework* se convirtió en una herramienta muy útil para hacer el ejercicio de visibilizar, desnaturalizar y cuestionar las jerarquías en los servicios de salud desde un enfoque de género y derechos humanos. Esta herramienta de análisis resultó de gran valor para aquellas personas que asumieron la conducción del proceso sin tener conocimientos previos del análisis basado en género. En ese sentido fue un instrumento sencillo y a su vez práctico para la formulación de cambios. Lo anterior en especial para la coordinadora del CTISS, quien pudo comprender a través de este instrumento cómo generar estrategias que redujeran las diversas brechas entre grupos dominantes y no dominantes, a su vez favorecer iniciativas que fueran en esta dirección.

Las personas que participaron en el taller de Análisis Basado en Género, impartido por Burke y Eichler, en su mayoría no contaban con experiencia en el tema de equidad de género. Como proceso de sensibilización tuvo buenos resultados tanto por sus contenidos como por la metodología empleada, pues en sí misma facilitó vivenciar relaciones desjerarquizadas y de respeto mutuo. Si bien se diseñó el proceso de multiplicación de esta experiencia, no se logró establecer a lo largo del proceso la aplicación sistemática del *BIAS FREE Framework* por parte de los diferentes actores involucrados, tanto en los talleres de multiplicación como en la planificación de acciones en cada área de salud. Aun así se observan cambios coherentes con el análisis basado en género, tal como se pudo apreciar en los apartados anteriores.

Los cambios que se lograron implementar en los servicios de salud en gran parte fueron impulsados desde mandos medios y en algunos casos desde abajo hacia arriba. En ese sentido es importante indicar como muchas modificaciones fueron pensadas por algunos(as) funcionarios(as) del Hospital antes de desarrollarse los

procesos de sensibilización y capacitación. Sin embargo el ambiente de cambio e innovación que se promovió en los años 2001 y 2002 se convirtió en un catalizador que facilitó la buena acogida de ideas novedosas centradas en las necesidades de las mujeres. Vale resaltar cómo para muchas personas entrevistadas el enfoque de género no logró un posicionamiento tan relevante como la idea de mejorar la calidad en la atención y la humanización de los servicios. Si bien estos elementos están comprendidos en el enfoque de género, resulta interesante observar cierta resistencia a nombrarlos y reconocerlos como tales.

En un inicio el enfoque de género produjo especial resistencia por parte del personal médico, la Dirección, la sub-Dirección y Administración del Hospital; quienes en su totalidad eran hombres. Ninguna experiencia anterior tuvo las características de liderazgo femenino que se dieron con la formulación e implementación del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres. Incluso las siguientes palabras de asombro de un entrevistado lo ilustra:

“¡vinieron un montón de mujeres!”

(jefe médico de un Servicio Hospitalario entrevistado)

Con estas palabras el entrevistado describe el acercamiento de la Ministra de la Condición de la Mujer, las funcionarias del INAMU, de la CCSS, la Vice-Ministra de Salud y las expertas canadienses al Hospital.

Esta situación condujo a utilizar otros conceptos que resultaran más aceptados y en ello el enfoque de derechos tuvo una mejor recepción. El respeto a la toma de decisiones de las mujeres, a la privacidad, a la participación en todas las acciones de salud y el mejoramiento continuo de la calidad, lograron encontrar más adhesión y los resultados al respecto son muchos. En esta investigación se pudo encontrar evidencia que respalda la presencia de prácticas hospitalarias concretas en las que se logra respetar varios derechos de las mujeres: derecho a decidir, derecho a la información, al igual que el derecho a la privacidad.

Esta aceptación permitió posteriormente reconocer las bondades del enfoque de género. Hasta cierto punto se ha logrado introducir en la cultura institucional un lenguaje nuevo con el cual se expresan los funcionarios y las funcionarias del Hospital. Existe cierta presión grupal a utilizar un lenguaje que no sea sexista y una censura cuando éste es utilizado. Tal como indica el mismo entrevistado que se citó anteriormente:

“... ha calado en la mentalidad de los médicos... sí ha permeado el enfoque de género en el Hospital”.

(médico entrevistado)

La introducción del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres no fue tarea fácil y para muchos se limitó a ser un documento complejo que casi nadie leyó y que se miró como una imposición externa. Las capacitaciones impartidas por las expertas canadienses permitieron dar mayor respaldo al Modelo propuesto. La experiencia mostró los focos de resistencia y rechazo al igual que las estrategias que permitieron superar los obstáculos. En este momento son muchas las enseñanzas adquiridas y de la experiencia desarrollada en estos siete años se pueden formular lecciones aprendidas que se abordan a continuación.

En cuanto al proceso de implementación del nuevo Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, el mismo fue un proceso dinámico en el cual se dieron

diferentes fuerzas a favor y en contra, expresándose tanto avances como retrocesos a lo largo del camino. En ese sentido las lecciones aprendidas son las siguientes:

1. Es necesario que exista una guía estructurada de las etapas que se desarrollarán a lo largo del proceso de implementación del Modelo. Desde la experiencia del Hospital se pudo aprender cómo los momentos de incertidumbre prolongados y la ausencia de una guía práctica sobre la operacionalización del Modelo generó mucha frustración y desmotivación al interior del Hospital.
2. Para la implementación del Modelo es esencial definir previamente los requisitos indispensables que debe reunir la unidad de salud seleccionada para su desarrollo. Un diagnóstico previo sobre las condiciones del establecimiento de salud y la identificación de los elementos favorecedores y obstaculizadores al mismo, permitirá reconocer los recursos, clima organizacional y disposición del centro de salud para realizar las transformaciones requeridas.
3. Luego del diagnóstico se debe dar una etapa de motivación y sensibilización sobre género que permita crear un ambiente de compromiso, apoyo y de lenguaje compartido en todo el personal del Área o Centro de Salud. Es fundamental que se puedan resaltar los beneficios que aporta la implementación del nuevo modelo.
4. La capacitación en género debe acompañarse con procesos de planificación estratégica que permitan vincular los contenidos de la capacitación con procesos y servicios a transformar. En ese sentido, el *BIAS FREE Framework* es una herramienta que puede facilitar la identificación de problemas de inequidades y establecer medidas correctivas así como el norte hacia el cual se deben orientar las acciones en la planificación estratégica.
5. Desde la experiencia del Hospital fue un error crear una planificación y un presupuesto específico para el Modelo que fue paralelo a la planificación y presupuesto hospitalario. Es necesario que el nuevo modelo trasverse los instrumentos propios de la unidad de salud. También es importante que se revisen y adapten las estructuras organizativas y administrativas vigentes para que correspondan con el nuevo modelo. En ese sentido, con la aplicación del *BIAS FREE Framework* se logra una mejor distribución de los presupuestos de la institución, desde una visión más equitativa, de transparencia institucional y de rendición de cuentas. Pues la participación social se convierte en una valiosa estrategia para disminuir la jerarquía social entre proveedor de servicios y población beneficiaria.
6. Se deben establecer lineamientos claros a nivel técnico y administrativo para incorporar el enfoque de género en el quehacer de la unidad de salud. Es fundamental trascender la propuesta conceptual para arribar a formas operativas claras, al igual es indispensable que quienes conduzcan la transformación tenga capacidad de liderazgo en la conducción del proceso. Nuevamente el *BIAS FREE Framework* puede contribuir a realizar este ejercicio y señalar con claridad los cambios específicos a ejecutar.
7. El papel y compromiso de la Dirección hospitalaria es clave en la conducción e implementación de los cambios. Se requiere promover la credibilidad del

proceso de transformación desde la Dirección. No es suficiente delegarlo a otros(as) funcionarios(as) que no tienen el nivel de autoridad sobre el resto de compañeros y compañeras. Solo desde la Dirección se puede exigir y darle seguimiento a los cambios requeridos en todo el sistema, así como apoyar en la toma de decisiones paralelas al proceso.

1. La introducción del enfoque de género en un ambiente hospitalario tradicional atraviesa etapas de resistencia esperables, pero también la experiencia demuestra que se pueden superar. Los cambios producen incertidumbre, ya que se pierden los espacios de seguridad apoyados en lo conocido. Ejemplo de ello es como para el personal médico recibir críticas y cuestionamientos de otras disciplinas o de las mismas mujeres de las comunidades fue una experiencia en muchos casos no tolerada, pero el tiempo permitió que esas situaciones fueran asimilándose y condujeran a un verdadero cambio de actitud y a establecer relaciones más horizontales. El *BIAS FREE* Framework contribuyó a la identificación de las jerarquías existentes en las relaciones entre personal de salud en general con las mujeres usuarias de los servicios, lo cual facilitó buscar medidas correctivas para trasladar a las mujeres poder a través de: la participación social, la toma de decisiones informadas sobre su propia salud, la participación en el diseño de proyectos, la apertura de nuevos servicios y proyectos. Todo ello ha hecho posible el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud a través de servicios más accesibles, con nuevas tecnologías ajustadas a las necesidades de las mujeres, con tiempos de espera más reducidos, con áreas de atención condicionadas para que las mujeres tengan mayor privacidad y su adecuación conforme a los lineamientos de la Ley de Discapacidad, entre otros.
2. El apoyo externo por parte del INAMU y el Ministerio de Salud, al igual que el apoyo institucional a nivel gerencial de la CCSS es imprescindible para garantizar que efectivamente se den los cambios requeridos en la unidad de salud. Es necesario que también se establezca un sistema de monitoreo del avance en la implementación del Modelo desde esas instancias externas y de autoridad institucional. En ello es importante tener claro los niveles de competencia dentro y fuera de la institución para garantizar la sostenibilidad de las transformaciones.
3. Para introducir el enfoque de género en la atención de salud es fundamental no quedarse en una conceptualización que resulte abstracta para el personal de salud, pues genera rechazo y confusión. Es fundamental acompañar los conceptos con experiencias concretas que demuestran como poner en práctica dichos conceptos y cuales son los beneficios y logros que se obtienen. En especial para los profesionales de medicina y enfermería se requiere hacer propuestas operativas. En ese sentido el *BIAS FREE* Framework constituye una herramienta sencilla y práctica para identificar inequidades y reflexionar nuevos escenarios para el cambio.
4. La presentación de experiencias que se están desarrollando exitosamente en otros países, ayudan a orientar las acciones transformadoras ya que operan como modelos replicables. Este fue el caso del Hospital de Dublín el cual se convirtió en modelo de referencia para el cambio en el servicio de Obstetricia. También sirvió de modelo las experiencias canadienses

transmitidas tanto en los talleres de capacitación como en las visitas realizada por representantes del país a Centros y Hospitales de Canadá¹², lo que facilitó observar nuevas formas de atención de la salud de las mujeres.

1. La evidencia científica es fundamental para el personal médico, lo que indica la relevancia de desarrollar investigaciones desde el enfoque de género que logren evidenciar y explicar los sesgos de género y su impacto en la salud de ambos sexos. De nuevo el *BIAS FREE Framework* debería ser un instrumento de uso indispensable en todos los procesos de investigación para garantizar justamente la eliminación de los sesgos de género.
2. Se debe partir de las necesidades sentidas por las personas y desde ahí introducir el enfoque de género. No es conveniente que se imponga como una propuesta externa que debe cumplirse, ya que se reproducen formas autoritarias que generan resistencias difíciles de superar. La metodología utilizada en el taller de Análisis Basado en Género es un buen ejemplo de cómo construir desde la realidad de los servicios de salud los cambios y hacer visibles las necesidades de salud de grupos que tradicionalmente han sido invisibles como son las mujeres.
3. Es importante tener claro que la incorporación del enfoque de género y de derechos en las prácticas de salud es un proceso lento y continuo. Los cambios requieren tiempo para su asimilación y para que se de el convencimiento de todas las personas involucradas sobre los efectos positivos que se obtienen con su aplicación.
4. El aporte de las mujeres de las comunidades es fundamental para el mejoramiento cualitativo de la atención en salud. Este aporte es sustancialmente mayor si se establecen procesos de fortalecimiento de las mujeres con enfoque de género y se generan espacios compartidos con el personal de salud.
5. Es necesario desarrollar procesos de acompañamiento y fortalecimiento de mujeres lideresas de las comunidades con cierta autonomía de los servicios de salud de forma tal que se generen capacidades de liderazgo y de representatividad de los intereses de las mujeres.

Se puede concluir que el *BIAS FREE Framework* es una herramienta construida desde la academia, con la finalidad de orientar la elaboración de protocolos de investigación libres de sesgos. Sin embargo, en la experiencia costarricense se pudo demostrar su aplicación más allá del ámbito de investigación y de la academia. Si hay que indicar como la realidad de los servicios de salud es mucho más compleja y menos controlable que el ámbito en el cual fue diseñada y aplicada esta herramienta originalmente. Los cambios no se realizan solo con procesos de análisis, también requieren de la conducción estratégica de los procesos de transformación, lo que implica liderazgo, capacidad negociadora, de creatividad y de aprendizaje en el proceso. Las prácticas de atención en salud se inscriben en

¹² Sunnybrook and Women's College Health Sciences del Women Health Bureau (WHB), Centres of Excellence for Womens Health Program (WHB), British Columbia Women's Hospital and Health Centre, IWK Grace Hospital, Halifax and Sunnybrook and Women's College Health Sciences.

procesos culturales complejos cuya transformación implica más que un ejercicio académico, implica un ejercicio político y en la práctica, pues la inequidad es un asunto de control de recursos y por tanto un asunto de poder.

Por eso, una experiencia como la del Hospital de las Mujeres se torna útil para retroalimentar el *BIAS FREE* Framework. Quizás también abre un nuevo campo de investigación y sistematización sobre los procesos requeridos para viabilizar cambios que permitan alcanzar servicios de salud libres de sesgos y que garanticen la igualdad y equidad de género para la construcción de sociedades más justas.

Recomendaciones

La implementación del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres en todos los servicios de salud de la CCSS es aun una tarea inconclusa. El Hospital de las Mujeres ha logrado desarrollar una experiencia que muestra la viabilidad del Modelo y por si misma puede orientar el quehacer institucional. Sin embargo se requieren condiciones administrativas e institucionales que apoyen la sostenibilidad del Modelo y permitan dar continuidad a los esfuerzos por garantizar la equidad de género desde los servicios de salud. Este compromiso debe ser asumido por instancias centrales de las instituciones acorde con sus competencias.

A su vez, se hace necesario explicitar políticas de equidad de género en los servicios de salud al igual que crear herramientas claras de evaluación y acreditación de establecimientos de salud desde la perspectiva de género. Esto es tarea del Ministerio de Salud con el apoyo del INAMU e involucra la creación de indicadores que orienten el desempeño de los establecimientos de salud y la institucionalización del Modelo.

Los logros alcanzados por el Hospital de las Mujeres y sus áreas de atracción solo podrán mantenerse si se continúa realizando esfuerzos por mantener el enfoque de género como orientador del quehacer en salud y se sigue fortaleciendo el trabajo comunitario con mujeres lideresas.

A su vez, los proceso de sensibilización en género deben ser continuos y permear más la docencia, la formación, la capacitación y la sensibilización del recurso humano dentro y fuera del Hospital. El *BIAS FREE Framework* es una herramienta fundamental que puede contribuir en la evaluación de estos procesos así como la evaluación permanente del desempeño de los servicios de salud y de las acciones comunitarias que se impulsan.

Cronograma de eventos

- 1998 Se aprueba la Ley No 7852 de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta ley crea los Compromisos de Gestión y las Juntas de Salud como instrumento administrativo e instancias comunitarias que favorezcan la desconcentración.
- 1999 La Junta Directiva de la CCSS (Sesión 7352, 29/7/1999) acuerda ampliar el ámbito de responsabilidad del Instituto Materno Infantil Dr. Adolfo Carit Eva y modificar su nomenclatura por la de Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, orientado al desarrollo de un modelo de atención integral de la salud de las mujeres con enfoque de género y amplia participación social.
- 1999 El 14 de agosto se firma el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de las Mujeres.
- 1999 La semana del 19 al 25 de setiembre, una Delegación costarricense hace una primera visita a Toronto, Canadá. Esta Delegación estaba conformada por autoridades de salud y del INAMU, el director del Hospital de las Mujeres y una representante de ONG de mujeres. En esta visita se firma la carta de entendimiento entre Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre para el fortalecimiento de capacidades institucionales del Hospital de las Mujeres en Costa Rica a través del desarrollo de cooperación técnica, realizando visitas de trabajo por parte de profesionales canadienses a Costa Rica y de profesionales costarricenses a Canadá para intercambiar experiencias en la implementación del modelo de atención en salud. También se plantea el intercambio de materiales durante el proceso, transferir tecnología y metodologías en diagnósticos y tratamiento, equipos, investigación, educación y capacitación, sistemas de información y metodologías para involucrar a los funcionarios, mujeres y comunidades en la programación de la salud de las mujeres.
- 1999 29 de setiembre al 1 de octubre la Primera Dama costarricense asiste a la IX Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y Gobierno de las Américas en Ottawa, Canadá. La Primera Dama, junto con la Vice-Ministra de Salud, que se encontraba también en Canadá, establecen un marco de cooperación con el Gobierno Federal Canadiense. Health Canada junto con

la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) establecen un Proyecto Puente que garantice la participación e incidencia real de las mujeres en el proceso de transformación del Hospital de las Mujeres.

- 1999 En setiembre se conforma la Comisión Técnica Interinstitucional a la cual se le asigna la responsabilidad de elaborar la propuesta teórica y metodológica del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres y fortalecer las capacidades institucionales del Hospital para implementar un proceso de atención integral de la salud de las mujeres con perspectiva de género. La Comisión Interinstitucional de Alto Nivel Político queda conformada por el Presidente Ejecutivo de la CCSS, la Vice Ministra de Salud del Ministerio de Salud y la Ministra de la Condición de la Mujer. Esta comisión asume como funciones establecer lineamientos de política, direccionar los recursos y garantizar que el proceso de transformación se lleve a cabo eficientemente.
- 2000 El 21 de febrero se dicta el Decreto Ejecutivo #28484 en el cuál se crea la Comisión de Alto Nivel Político y la Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud que tendrán por función liderar el proceso de incorporación de la perspectiva de género en el quehacer de las instituciones, entre ellas las de Salud.
- 2000 El 29 de febrero se presenta ante la Comisión de Alto Nivel Político el documento denominado “Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción” elaborado por un subgrupo de la Comisión Técnica Interinstitucional, y la propuesta de Modelo es aprobada.
- 2000 Del 13 al 15 de marzo se desarrolla el Taller de Planificación Estratégica para el desarrollo del Hospital de las Mujeres enmarcado en el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres a cargo de la Dra. Elena Batista Valentín, consultora de OPS/OMS.
- 2000 Del 20 al 24 de marzo se desarrolla la actividad “Modelo de Atención Integral y Servicios Comunitarios para las Mujeres” en el Colegio de Médicos y Cirujanos con la participación de una delegación de mujeres especialistas en género y salud del Gobierno canadiense, del Women's Health Bureau (WHB), Centres of Excellence for Womens Health Program, British Columbia Women's Hospital and Health Centre, IWK Grace Hospital, Halifax and Sunnybrook and Women's College Health Sciences. En esta reunión el objetivo fue identificar líneas de cooperación técnica entre Costa Rica y el Gobierno Federal de Canadá y se diseñó y acordó firmar un Tratado de Cooperación Técnica (TCC) entre ambos países.
- 2000 Mayo se realiza un taller de validación del “Plan Estratégico para el desarrollo del Hospital de las Mujeres” y se decide incorporar en el Plan Operativo del 2001 algunas actividades que permitieran iniciar el proceso de cambio. En junio y julio se incorporan las actividades en el Plan Operativo y el presupuesto asignado para el 2001.
- 2000 El 26 de julio la Ministra de la Condición de la Mujer, la Vice Ministra de Salud, el presidente Ejecutivo de la CCSS y el Director del Hospital de las Mujeres firman una carta de compromiso para garantizar la implementación

del Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres a través de una experiencia demostrativa en el Hospital. En esta carta se establece la transformación de la atención de la salud de las mujeres hacia una atención integral de la salud con servicios género sensitivos en un plazo de cuatro años. Entre otros acuerdos, el Hospital se compromete a desarrollar una gerencia estratégica y crear espacios de participación de las mujeres en los procesos de construcción de la salud. La CCSS se compromete a construir un nuevo edificio del Hospital. A su vez se firma el mismo día una carta de intenciones donde se sintetizan los acuerdos más relevantes de la carta anterior firmada por las mismas personas y se agrega como testigo de honor a la Primera Dama de la República.

- 2000 En agosto la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, aprueba el proyecto denominado: “Participación Social y Fortalecimiento de Redes para el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres”. La cual se desarrolló en los meses de junio a diciembre del 2001.
- 2000 En octubre se aprueba documento de cooperación entre Canadá y Costa Rica y se nombra al Women’s College Hospital de Toronto Canadá para que sea la contraparte coordinadora y responsable de llevar a cabo las capacitaciones requeridas para el desarrollo del Modelo. En noviembre se realiza una reunión de coordinación con representantes canadienses en la que se definen los tipos de talleres, metodologías, perfiles de los/as participantes, y condiciones para iniciar la capacitación.
- 2001 La coordinadora de la CTISS y el Director de la Dirección de Desarrollo Organizacional de la CCSS realizan una pasantía en el Centre for Research in Women’s Health y Centro de Salud IWK Grace de Halifax, Nueva Escocia.
- 2001 En febrero se realiza el Taller de Análisis Basado en Género impartido por las expertas canadienses Mary Anne Burke y Margrit Eichler.
- 2001 Se decide reformular y crear tres programas de atención que permitan operacionalizar el nuevo modelo. Ellos son el Programa de Atención Integral a las Mujeres Adolescentes, Programa de Atención Integral a las Mujeres de Mediana Edad y Programa de Atención Integral a las Mujeres en Salud Cérvico/Uterina y de Mama. Se conforman tres equipos interdisciplinarios para la reformulación del programa de Mujeres Adolescentes y la implementación de los otros dos programas mencionados.
- 2001 El 14 y 15 de junio el Director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) visita el país para presentar el Programa de Distinciones Especiales a Maternidades con Alta Calidad de Atención (CLAP/OPS/OMS) y poder inscribir al Hospital de las Mujeres como parte del mismo. Y en agosto dos consultoras del CLAP impartieron una capacitación a personal del Hospital sobre la Medicina Basada en la Evidencia.
- 2001 En julio sale impreso el documento Modelo de Atención Integral de la salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción elaborado por la CTISS y el apoyo financiero del CENDEISS y la OPS, con el aval de la Ministra de la Condición de la Mujer y Presidenta Ejecutiva del INAMU, la Primera Dama de la República, la Viceministro de Salud y el Presidente Ejecutivo de la CCSS.

- 2001 En julio se realizan reuniones de trabajo con los equipos interdisciplinarios de los programas de Atención Integral a mujeres en la salud cervico-uterina y de Mama, Atención Integral a adolescentes embarazadas y Atención Integral a Mujeres en la Mediana Edad junto con un grupo técnico asesor y de acompañamiento en la revisión de tres programas del Hospital de las Mujeres conformado por expertas en género y salud de diferentes instancias, instituciones y organizaciones no gubernamentales.
- 2001 El 30 y 31 de julio se desarrolla el taller “Reflexiones en torno al proceso de construcción del modelo de atención integral de las mujeres” con el Grupo Multiplicador que orientarían los talleres de multiplicación del Análisis Basado en Género en el Hospital de las Mujeres y Áreas de Salud, impartido por Soledad Díaz, consultora nacional.
- 2001 En setiembre inicia el Proyecto de Participación Social y Fortalecimiento de redes para el Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres en Desamparados, Aserri y Acosta, conducido por la consultora nacional Licda Margarita Aragón.
- 2001 Del 15 al 19 de octubre, expertas canadienses visitan el país (Heather MacLean y Judith Hockney) para una consulta sobre desarrollo de programas y ellas dan sus recomendaciones. Y el 22 al 25 de ese mismo mes Judith Hockney imparte un Taller de Asesoría Técnica para identificar informantes clave que promuevan mejores prácticas género sensitivas en la atención a la salud de las mujeres dirigidas al personal de salud y mujeres lideresas de las comunidades. Esta actividad se desarrolló en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- 2001 Del 19 al 21 de noviembre expertas canadienses (Dra. Lorainne Greaves y MSc Ann Pederson) impartieron el Taller de Investigación-Acción: un enfoque género sensitivo para la investigación en salud.
- 2001 Del 10 al 13 de diciembre experta canadiense (Patricia Campbell del Women’s College) desarrolla dos talleres de Capacitación para el cambio de la Cultura Organizacional del Hospital de las Mujeres en la que se abordaron estrategias para el cambio con personal y jefaturas del Hospital
- 2002 Se presenta el documento de “Análisis Basado en Género: una guía metodológica para personal de salud” elaborada por Soledad Díaz e Isabel Gamboa, que sería la guía para los procesos de multiplicación en el Hospital de las Mujeres y Áreas de Salud.
- 2002 En los meses de febrero y marzo se desarrollan las consultas a las mujeres de las comunidades para validar las Agendas de Salud formuladas por las mujeres lideresas de Desamparados, Aserri y Acosta. En Aserri se organizaron 10 actividades de consulta a las cuales llegaron un total de 380 mujeres, en Acosta se hicieron 11 consultas a las que asistieron un total de 220 mujeres, y en Desamparados se hicieron 8 actividades de consulta con la participación de 240 mujeres.
- 2002 El 12 y 13 de marzo se desarrolló un Taller de Fortalecimiento de la gestión de la salud en red para la atención integral de las mujeres, con los equipos interdisciplinarios de los tres programas de atención,

- el Grupo Multiplicador del Análisis Basado en Género y lideranzas de las comunidades. Este taller fue facilitado por MSc Jessica MacDonald, consultora contratada por el INAMU.
- 2002 El 9 y 10 de abril se lleva a cabo el Taller de reflexión y análisis de prácticas obstétricas beneficiosas para la madre y su hijo(a) en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Participaron 25 personas del Hospital, 14 de enfermería, 6 médicos obstetras, incluida la jefatura, 3 de aseo y 2 funcionarios administrativos.
- 2002 En abril se presenta una propuesta de indicadores de gestión con enfoque de género para ser incorporados en los compromisos de gestión que debía firmar las autoridades del Hospital de las Mujeres con la Unidad de Compra de Servicios de la Gerencia Administrativa de la CCSS para el año 2003.
- 2002 El 28 de mayo, Día Internacional de Salud de las Mujeres se realizó un simposio sobre el Programa de Distinciones Especiales a Maternidades con Alta Calidad de Atención. Una actividad pública con presentación de la OPS, Sección salud de las Mujeres de la CCSS, Asociación de Mujeres AMES y Hospital de las Mujeres con participación de universidades públicas y privadas, mujeres de las comunidades, voluntarias y funcionarias del INAMU.
- 2002 12-14 de junio se desarrolla el Taller de Medicina Basada en la Evidencia en la práctica obstétrica en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Participaron 16 funcionarios del Hospital de las Mujeres, 9 médicos de Obstetricia, 1 médico de Ginecología y 6 enfermeras obstetras.
- 2004 Se publica el documento: *“Análisis basado en Género: una herramienta metodológica para la planificación en salud”*, elaborado por MSc Marielos Rojas, MSc Grettel Balmaceda y MSc Ana Rojas.

Anexos

Personas entrevistadas

A continuación se presenta la lista de personas entrevistadas.

Hospital de las Mujeres

1. MBA Zully Moreno, jefa del Servicio de Trabajo Social. Fue la coordinadora de la Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud para la implementación del Modelo de Atención Integral a la Salud de las Mujeres, actual coordinadora de la Red de Servicios por el Modelo, integrante del Equipo Asesor de la Dirección Médica, integrante del Programa de atención integral a la Adolescencia y del Equipo de Mujeres portadoras de VIH/SIDA.
2. Licda Lidia Campos, trabajadora social, fue coordinadora y actual integrante del Programa de Atención Integral a mujeres en salud cérvico uterina y de mama; coordinadora del Grupo de Apoyo Técnico y de Selección de Personal del Hospital de las Mujeres.
3. Licda Fanny Torres, trabajadora social, integrante del equipo interdisciplinario del Programa Mujeres de la Mediana Edad y coordinadora de la Comisión de Lactancia Materna.
4. Licda Ericka Obando, trabajadora social, integrante del equipo interdisciplinario del Programa de Atención integral de mujeres adolescentes embarazadas, de la Clínica de Cuidados Paliativos y Control del Dolor y del equipo de atención a la violencia intrafamiliar.
5. Msc Ligia Cerdas, trabajadora social, fue funcionaria del Hospital de las Mujeres e integró el Grupo de Multiplicador, actualmente no labora en el Hospital de las Mujeres.
6. Dr. Jorge Ramírez Beirute, fue el Director del Hospital de las Mujeres, hasta el mes de setiembre del 2007.
7. MSc María del Carmen Fernández, subdirectora de Enfermería, fue integrante de la Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud.

8. Dr. Luis Ledesma, ex Jefe de Consulta Externa y Urgencias e integrante de Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud. Actual Director General del Hospital de las Mujeres desde el mes de setiembre del 2007, coordinador del Modelo de Gestión en Red.
9. Dr. Gerardo Montiel Barrios, Jefe del Servicio de Ginecología
10. Licda Nidia Miranda, enfermera general del Servicio de Hospitalización en Ginecología
11. Sra Maricela Paniagua, secretaria del Servicio de Hospitalización en Ginecología
12. Dr. José Francisco Cascante, Jefe del Servicio de Obstetricia
13. Dr. Calderón Torres, Jefe de Clínica del Servicio de Obstétrica
14. Dr. Oscar Carazo, médico asistente de Obstetricia, integrante del equipo interdisciplinario de atención integral a la violencia intrafamiliar
15. Licda Sisinia Chacón, enfermera obstetra, fue integrante de la Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud
16. Licda Blanca Boza, enfermera obstetra, encargada de UNICES, facilitadora por el Hospital de las Mujeres de la Junta de Salud.
17. Licda Flor Herrera, enfermera obstetra, integrante del equipo interdisciplinario del Programa de Atención a Mujeres Adolescentes
18. Dr. Mauricio Amador, Jefe del Servicio de Neonatología
19. Dr. Juan Carlos Molina, médico asistente de Neonatología
20. MSc Eraidá Palacios, enfermera con especialidad en estimulación temprana, Servicio de Neonatología y coordinadora del equipo de Atención Integral a Mujeres de la Mediana Edad
21. MSc Silvia Rivera, enfermera perinatal, Servicio de Neonatología
22. MSc Maureen Murillo, enfermera perinatal, Servicio de Neonatología
23. Licda Xinia Vargas, Contralora de Servicios
24. Lic Jenny Marengo, Estadísticas Hospitalarias, fue jefe de citas y archivo
25. Licda Maureen Rodríguez, psicóloga
26. Licda Ana Cecilia Ramírez, jefe de Recursos Humanos
27. Lic Mario Lobo, Recursos Humanos, integró Grupo Multiplicador

Áreas de Salud y Clínicas

28. MSc Nuria Valverde, jefe Trabajo Social de la Clínica Dr. Carlos Durán, integró el Grupo Multiplicador ABG
29. Dra. Ana Isela Navarrete, coordinadora médica del Área de Salud Desamparados 3, integró el Grupo Multiplicador ABG
30. Dr. Javier Céspedes, Director de Área de Salud de Aserrí, integró el Grupo Multiplicador ABG
31. Licda. Mayela Fonseca, enfermera del Área de Salud de Aserrí, integró el Grupo Multiplicador ABG
32. Dra. Zianny López, Directora del Área de Salud de Acosta
33. Lic Berny Rodríguez, Jefe de enfermería del Área de Salud de Acosta

INAMU

34. MSc Ana Rojas, socióloga ex funcionaria del INAMU, formó parte de la CTISS
35. MSc Margarita Aragón, funcionaria del INAMU, tuvo a cargo el proyecto de fortalecimiento de las mujeres lideresas de las comunidades

Sociedad civil

36. Licda Eulalia Cole Porter, presidenta de la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres
37. Licda Haydee Gómez, vice-presidenta de la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres
38. Sra Xinia Madrigal Céspedes, secretaria de la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres
39. Sra María Elena Valerio, 1ª vocal de la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres.
40. Licda Noelia de León Carvajal, 3ª vocal de la Junta de Salud del Hospital de las Mujeres.
41. Licda Zaray Vargas, 4ª vocal de la Junta de Salud, ex directora de enfermería del Instituto Materno Infantil Dr. Carit
42. Soledad Díaz, consultora responsable de formular el primer documento de Análisis Basado en Género y validarlos con el Grupo Multiplicador.

Mujeres lideresas de las comunidades

43. Mirna Hernández, presidenta de la Asociación de Desarrollo Comunal de Los Guidos, miembro de los Comités Populares en Salud y asociada de la Asociación Salud Integral de las Mujeres Desamparadeñas (ASIMDE)
44. Dominga Cortés, miembro de los Comités de Salud de los Guidos y asociada de la Asociación Salud Integral de las Mujeres Desamparadeñas (ASIMDE)
45. Rosa Valverde, presidenta de la Asociación de Mujeres Aserriseñas y de San Juan de Dios Promocionando la Salud Integral (AMASPSI) y miembro de la Junta de Salud del Área de Salud de Aserrí.
46. Norma Mora, presidenta de la Asociación de Mujeres para la Promoción de la Salud Integral de Acosta (AMPROSIA)
47. Marlene Hernández, Asociación de Voluntarias de apoyo a mujeres con cáncer.

Observación

1. Sesiones de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el Hospital de las Mujeres
2. Grupo de Apoyo de Mujeres de la Mediana Edad en el Hospital de las Mujeres
3. Encuentro de Saberes de Mujeres en la Mediana Edad en el Hospital de las Mujeres
4. Curso de Preparación Psicofísica para el Parto dirigido a Adolescentes y sus familias del Hospital de las Mujeres
5. Taller Construyendo puentes para fortalecer el trabajo en red con Juntas de Salud y Asociación de Mujeres de Desamparados, Aserrí y Acosta.
6. Día Internacional de la Salud de las Mujeres, charla sobre cáncer en las mujeres impartida por el Instituto Costarricense de Cáncer.
7. Curso de sensibilización para funcionarios organizado por equipo interdisciplinario sobre cáncer
8. Sala de Labor
9. UNICES, Unidad de Cuidados Especiales, Servicio de Obstetricia
10. UNINOB, Unidad de Observación, Servicio de Obstetricia
11. Salones de obstetricia
12. Consulta externa
13. Servicio de Neonatología
14. Clínica de Lactancia Materna, apoyo entre madres
15. Servicio de Ginecología
16. Recorrido hospitalario y de las Áreas de Salud
17. Reunión intersectorial de atención a la violencia intrafamiliar en el Ministerio de Salud de Aserrí.
18. Servicios de trabajo social

Documentos revisados

1. Antologías y Memorias de talleres realizados por expertas canadienses.
2. Aragón, Margarita. (2001-2002) *Informes de avance y finales del Proyecto*

Participación social y fortalecimiento de redes para el modelo de atención integral de las salud de las mujeres.

3. Burke MA and Eichler M. (2006) *The BIAS FREE Framework A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research*. Global Forum for Health Research, Geneva, Switzerland.
4. Díaz, Soledad e Isabel Gamboa (2002) *Análisis basado en Género: una guía metodológica para personal de salud*, febrero 2002, San Jose, Costa Rica.
5. Documentos de trabajo, informes, presupuestos e información estadística del Hospital y Áreas de Salud.
6. Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. (2007) *Plan Estratégico 2007-2010*. junio 2007.
7. Ledesma, Luis Guillermo (2006) *Análisis de los efectos de la aplicación del Modelo de Gestión en Red en la Consulta Externa y las áreas de atracción del Hospital de las Mujeres*. Tesis para optar por el grado de Master en Gerencia de Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública (INCAP).
8. Mac Donald, Jessica. (2002) *Memoria del taller: Fortalecimiento del trabajo de gestión de la salud en red para la atención integral de las mujeres*. INAMU y Hospital de las Mujeres. San José, Costa Rica.
9. Mac Donald, Jessica. (2004) *Balance de la implementación de tres programas de atención en salud dirigidos a mujeres adolescentes y adultas: Memoria del proceso y análisis de las lecciones aprendidas*. INAMU, OPS, CCSS y MS. San José, Costa Rica.
10. MS, INAMU, CCSS, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. (2001) *Modelo de Atención Integral de las Salud de las Mujeres: una propuesta para su construcción*. San José, Costa Rica.
11. MS/INAMU/CCSS/ Hospital de las Mujeres (2000) *Resumen cronológico de las principales acciones relacionadas con el Desarrollo del modelo de junio de 1999 a octubre del 2000. Modelo de Atención Integral de la salud de las mujeres: una experiencia demostrativa en el Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva*.
12. MS/INAMU/CCSS/Hospital de las Mujeres. (2000) *Plan estratégico para el desarrollo del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva*. San José, Costa Rica.

BIAS FREE Framework

TIPO DE JERARQUÍA	PRINCIPAL TIPO DE PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	SOLUCIÓN	ELEMENTO DE INVESTIGACIÓN
	H - Manteniendo una Jerarquía Existente	H1 Negando la jerarquía: ¿Se niega la existencia de la jerarquía a pesar de las evidencias en contrario?	Reconocer la existencia de una jerarquía y cuestionar y rechazar su validez.	• Solicitud de propuestas • Propuesta de investigación • Revisión de la literatura • Revisión ética • Pregunta de investigación/hipótesis • Propósitos del estudio y justificación • Descripción de la población a ser estudiada • Personal • Conceptos • Marco/modelo teórico • Métodos/instrumentos de investigación • Reclutamiento de los participantes • Análisis e interpretación de los datos • Conclusiones • Recomendaciones • Identificación de la audiencia • Resumen/Sumario ejecutivo • Lenguaje • Representaciones visuales • Comunicación de resultados
	¿Es la dominación de un grupo sobre el otro justificada o mantenida de alguna manera?	H2 Manteniendo la jerarquía: ¿Son las prácticas o puntos de vista establecidos en una jerarquía presentados como normales o libres de problemas?	Cuestionar y problematizar las expresiones de las jerarquías.	
	Sitúe el problema dentro de un marco de derechos humanos en el cual la igualdad es un valor central. Apunte a la discrepancia entre este valor y las desigualdades entre grupos de personas que resultan de esta jerarquía.	H3 Perspectiva Dominante: ¿Se adopta la perspectiva o punto de vista del grupo dominante?	Respetar y aceptar las perspectivas del grupo dominante y del no-dominante.	
		H4 Patologización: ¿Se define al grupo no-dominante como patológico cuando difiere de las normas del grupo dominante?	Desafiar la norma y discutir las razones dadas para definir el grupo como patológico.	
		H5 Cosificando a la persona: ¿Se presenta la privación de la condición de persona humana y dignidad intrínseca como normal o no problemática?	Reconocer que cada ser humano tiene una dignidad intrínseca y derechos humanos que son inviolables y deben ser protegidos, y conducir la actividad de acuerdo a este reconocimiento.	
		H6 Culpabilización de las víctimas: ¿Se responsabiliza y declara culpables a las víctimas de la violencia individual y/o estructural?	No culpar a las víctimas; identificar la violencia individual y/o estructural; los culpables deben ser responsabilizados.	
		H7 Apropiación: ¿El grupo dominante reclama para sí la propiedad de entidades originadas en o pertenecientes al grupo no-dominante?	La propiedad original debe ser reconocida y respetada.	

TIPO DE JERARQUÍA	PRINCIPAL TIPO DE PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	SOLUCIÓN	ELEMENTO DE INVESTIGACIÓN
 Género Discapacidad Raza/Etnia Clase social Casta Estatus socio-económico Religión Orientación sexual Localización geográfica Estado de salud (Entre otros)	F - Fracasando al examinar las diferencias	F1 Insensibilidad a las diferencias: ¿Ha sido ignorada la importancia de pertenecer al grupo dominante o no-dominante?	Debe siempre determinarse la importancia de pertenecer al grupo dominante o al no-dominante; la pertenencia a un grupo debe ser incluida como una variable de análisis durante la actividad y sólo entonces su importancia podrá ser evaluada.	• Solicitud de propuestas • Propuesta de investigación • Revisión de la literatura • Revisión ética • Pregunta de investigación/hipótesis • Propósitos del estudio y justificación • Descripción de la población a ser estudiada • Personal • Conceptos • Marco/modelo teórico • Métodos/instrumentos de investigación • Reclutamiento de los participantes • Análisis e interpretación de los datos • Conclusiones • Recomendaciones • Identificación de la audiencia • Resumen/Sumario ejecutivo • Lenguaje • Representaciones visuales • Comunicación de resultados
	¿Se considera la pertenencia al grupo dominante o no-dominante como socialmente pertinente y tomado en cuenta?	F2 Descontextualización: ¿Ha sido explícitamente considerada la diferente realidad social del grupo dominante y del no-dominante?	El contexto de pertenecer al grupo dominante o al no-dominante debe ser explícitamente examinado y las diferencias identificadas, analizadas y tomadas en consideración.	
	Establecer la relevancia de pertenecer a un grupo dentro de un contexto dado. Una vez establecida la relevancia, tomadas en cuenta las diferencias de manera a reducir la jerarquía.	F3 Sobre-generalización o universalización: ¿Se generaliza la información derivada de los grupos dominantes para los grupos no-dominantes sin examinar si esta información es aplicable a los grupos no-dominantes?	Reconocer la información acerca de los grupos dominantes como tal y hacer esfuerzos para obtener información del grupo no-dominante o las conclusiones estarán limitadas al grupo dominante.	
		F4 Asumir homogeneidad: ¿Se trata al grupo dominante como si fuese uniforme y homogéneo?	Reconocer y tomar en cuenta las diferencias dentro del grupo dominante y del no-dominante.	

TIPO DE JERARQUÍA	PRINCIPAL TIPO DE PROBLEMA	NATURALEZA DEL PROBLEMA	SOLUCIÓN	ELEMENTO DE INVESTIGACIÓN
	D - Utilizando un doble estándar	D1 Doble estándar explícito o abierto: ¿El grupo dominante y el no-dominante son tratados de manera diferente?	Dar el mismo tratamiento a los miembros de los grupos dominantes y de los no-dominantes siempre que esto aumente la equidad.	• Solicitud de propuestas • Propuesta de investigación • Revisión de la literatura • Revisión ética • Pregunta de investigación/hipótesis
	¿Los grupos dominantes y los no-dominantes son tratados de manera diferente?	D2 Sub-representación o exclusión: ¿Están sub-representados o excluidos los grupos no-dominantes?	Los grupos no-dominantes deben ser incluidos siempre que sea relevante.	• Propósitos del estudio y justificación • Descripción de la población a ser estudiada
	Identificar el doble estándar que lleva a que los miembros del grupo dominante y del no-dominante sean tratados de manera diferente y de qué manera esto mantiene la jerarquía; entonces implemente medios para dar el mismo tratamiento a los dos grupos.	D3 Sub-representación o exclusión excepcional: ¿En contextos normalmente asociados a los grupos no-dominantes, pero pertinentes a todos los grupos, se sub-representa o excluye al grupo dominante?	Los grupos dominantes deben estar apropiadamente representados y/o incluidos en asuntos que les son importantes pero que los estereotipos vigentes consideran importantes sólo para el grupo no-dominante.	• Personal • Conceptos • Marco/modelo teórico • Métodos/ instrumentos de investigación
		D4 Negando la capacidad de actuar: ¿Se falla al no considerar a los grupos dominantes y los no-dominantes como actores y objetos?	Examinar o estudiar maneras en que los grupos dominantes y los no-dominantes simultáneamente sean actores / sujetos y objetos de las acciones.	• Reclutamiento de los participantes • Análisis e interpretación de los datos
		D5 Tratando las opiniones del grupo dominante como hechos: ¿Son las opiniones expresadas por un grupo dominante sobre un grupo no-dominante tratadas como hechos?	Opiniones expresadas por grupos dominantes sobre los no-dominantes deben tratarse como opiniones y no como hechos.	• Conclusiones • Recomendaciones
		D6 Estereotipos: ¿Se tratan los estereotipos de los grupos dominantes y de los no-dominantes como aspectos esenciales de la membresía en los grupos?	Tratar los estereotipos como estereotipos, no como verdades.	• Identificación de la audiencia • Resumen/Sumario ejecutivo • Lenguaje
		D7 Exagerando las diferencias: Los rasgos o características comunes a ambos grupos, dominante y no-dominante, ¿son tratados como si fueran exclusivos del grupo dominante o del no-dominante?	Documente las diferencias y las semejanzas entre los miembros del grupo dominante y de los no-dominantes.	• Representaciones visuales • Comunicación de resultados
		D8 Doble estándar oculto: ¿Se usan criterios diferentes para definir hechos comparables con el efecto de ocultar su comparabilidad?	Busque la posible existencia de un doble estándar oculto, analizando los paralelos no obvios. Una manera de hacerlo es preguntar qué aspecto adquiriría el fenómeno identificado en un grupo si ocurriera en el otro.	

Aplicación del marco conceptual *BIAS FREE*