



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Humanidades y Educación  
Escuela de Comunicación Social

## **El despertar del género en la salud**

Trabajo de Licenciatura para optar por el título de Licenciadas en  
Comunicación Social

Autoras: Cabrujas, Mariel y Ojeda, Sabina

Tutora: Prado, Rossel

Octubre, 2009

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, Juana Lilia Morales y Francisco Cabrujas, sin quienes este camino no hubiese podido ser recorrido. Gracias por el amor, el apoyo incondicional y por brindarme la mejor educación: la del hogar.

A mis queridos hermanos, Sebastián y Camila por tantas risas, compañía y comprensión mientras se escribían estas letras.

A Sabina, amiga y hermana de la vida por acompañarme a emprender esta tarea. Gracias por estar a mi lado en todo momento, por ser el empuje cuando desaparecían las ganas y por mantener la sonrisa siempre. Sé que no habría mejor compañera de tesis, gracias por ser parte de este proyecto ¡Lo logramos!

A Yakary Prado, nuestra tutora y amiga, por aceptar guiarnos en esta labor. Por creer en nosotras y acompañarnos en este importante aprendizaje.

A los familiares y amigos que contribuyeron en la elaboración de este proyecto. Gracias a Yessenia Fonseca, Francisco Rodríguez, Kristal Macías, Larry Betancourt, Betzaida Duran, Faviana Sáez, Patricia Pérez, Luramys Díaz, Marcel Ascanio, Margareth López y a todos aquellos que siempre se mostraron dispuestos a ayudar en lo que fuese, o a tomar un café cuando lo necesitaba.

A Gloria Riera, Enrique Ojeda y Mariel Ojeda por el apoyo recibido durante toda la carrera y en esta tarea. Gracias por la comprensión y por brindarme cobijo en su hogar.

A todos los entrevistados (profesionales de la salud, abogados, estudiosos del género, pacientes, psicólogos, periodistas, etc.) por colaborar con nuestro trabajo ofreciendo los conocimientos valiosos que recolectamos para el reportaje.

A la Universidad Central de Venezuela y a la Escuela de Comunicación Social por darnos la invaluable oportunidad de hacer vida en sus espacios, y por contribuir en nuestra formación como profesionales y seres humanos.

Mariel Cabrujas

A Dios, por permitirnos vivir esta experiencia bajo su protección infinita.

A mi madre, Gloria Riera, y a mi padre, Enrique Ojeda, quienes con su amor guían y apoyan cada paso que doy. Gracias por ser mi fortaleza y mi mayor ejemplo de trabajo y constancia.

A mi hermana, Mariel Ojeda, quien es mi motivación para ser mejor persona cada día. Gracias por siempre estar dispuesta a ayudarme y por alegrar mi vida con tu compañía. ¡Te quiero muchísimo!

A Mariel Cabrujas, quien desde hace cinco años es mi hermana de corazón y mi amiga incondicional. Mil gracias por tu cariño, lealtad y comprensión, por compartir esta experiencia conmigo y ayudarme a crecer como ser humano y profesional.

A Yakary Prado, por asumir este reto con nosotras. Gracias por darnos toda tu confianza y brindarnos tu amistad y afecto.

A mi prima Jenny Riera, por su apoyo inagotable y estar siempre presente en los momentos especiales de mi vida.

A Liliana Morales, Francisco Cabrujas, Sebastián Cabrujas y Camila Cabrujas, por abrirme las puertas de su hogar. Gracias por el apoyo y por motivarnos durante la escritura de estas líneas.

A Betzaida Duran, Faviana Sáez, Kristal Macías, Marcel Ascanio, Harold Palacios, Yoseline Briceño, Adriana García, Luramys Díaz, Margareth López y Larry Betancourt, por darnos aliento durante la realización de esta tarea. Gracias por su cariño y tantas alegrías vividas.

A todos los entrevistados, por colaborar con la realización de este trabajo.

A la Universidad Central de Venezuela y la Escuela de Comunicación Social, por abrirme sus aulas para cumplir el sueño que hoy es una maravillosa realidad.

Sabina Ojeda

## RESUMEN

La salud de los hombres y las mujeres ha sido abordada por la medicina, heredera del androcentrismo, olvidando las particularidades que determinan la manera en que viven y enferman ambos géneros.

El modelo biologicista tradicional excluyó de la consulta médica la realidad social de los pacientes, que aporta datos valiosos a la hora de tratar los padecimientos y de prevenir su aparición.

Este reportaje interpretativo titulado El despertar del género en la salud, nace con la finalidad de explicar hasta qué punto la investigación científica en salud y la práctica médica avanzan hacia la aplicación de un enfoque que tome en cuenta las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre los hombres y las mujeres.

Este trabajo expone de forma cronológica el génesis del conocimiento científico y de la ciencia médica y la incorporación tardía de las féminas a éstas áreas. También relata la aparición del enfoque de género en las ciencias sociales de la mano del feminismo, y cómo éste se adentró en los terrenos de la medicina.

Además, se describe el sistema sanitario venezolano y la repercusión que sobre él ha tenido la perspectiva de género, a través de la legislación

nacional e internacional y las tímidas iniciativas académicas que existen en el país.

Asimismo, se expone la responsabilidad social que tiene el periodismo científico, como divulgador de información oportuna al servicio de la salud de los venezolanos. Al tiempo que se plantean posibles soluciones a la problemática que frena la formación integral de los profesionales de salud sobre el enfoque de género y se resalta la necesidad de empoderar a las personas con este conocimiento para que puedan tomar decisiones que mejoren sus vidas.

## **PALABRAS CLAVES**

Salud, medicina, medicina con enfoque de género, género, mujer, hombre, androcentrismo, investigación científica en salud, abordaje biopsicosocial de la salud, periodismo científico, reportaje interpretativo.

## **SYNTHESIS**

Health in men and women has been approached by medicine, heir to androcentrism, forgetting the details that determine the way that both sexes live and become ill.

The traditional bio-logicist model has excluded from the doctor's office the patient's social reality, which provides valuable data when it is time to treat ailments and prevent their appearance.

This interpretative report entitled "The awakening of gender in health" is born to explain up to what point scientific investigation in health and medical practice advance towards the application of a new approach that considers biological, psychological and social differences between men and women.

This work exposes chronologically the birth of scientific knowledge and medical science and the late incorporation of women in these areas. It also narrates the appearance of the gender focus in social science along with feminism, and how it entered the medical areas.

Additionally, the Venezuelan sanitary system is described, as well as the repercussion gender perspective has had on it, by means of national and international legislation and the weak academic initiatives in the country.

Also, scientific journalism's social responsibility is exposed, as a spreader of timely information at the service of the Venezuelan population's health. At the same time, possible solutions are proposed to the problems that slow down integral formation of health professionals about gender focus and the need to empower people with this knowledge is underlined, so that they may take decisions that improve their lives.

#### **KEYWORDS**

Health, medicine, gender medicine, gender, women, man, androcentrism, scientific health research, biopsychosocial approach to health, science journalism, interpretive report.

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los avances científicos en el campo de la medicina y farmacología han dirigido todos sus esfuerzos hacia el beneficio de la salud del ser humano. El descubrimiento de enfermedades, la invención de medicamentos para combatirlas y la creación de tratamientos menos invasivos no han distinguido género. A lo largo de los años hombres y mujeres han sido tratados por estas ciencias sin diferenciación, diagnosticados y recetados con los mismos fármacos para atacar las dolencias, sin atender a las diferencias biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales que los distinguen más allá de la estatura, contextura y fuerza.

Hombres y mujeres han sido iguales ante las ciencias médicas, lo que ha privilegiado la aparición de la “unisexualidad” para la especie, teniendo como patrón la anatomía y experiencia masculina frente a la enfermedad, la salud y los tratamientos.

La construcción de los roles sociales a lo largo del tiempo ha colocado a las damas en una posición desventajosa no sólo en cuanto al acceso a la salud al no incluir las peculiaridades de género en el abordaje, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que aquejan a las féminas, sino también al ser tratadas por la medicina y la ciencia tomando como norte la importante función social que cumplen, principalmente en el papel de madres, más que

por garantizar el bienestar y la mejora en la calidad de vida de ellas, que a pesar de poseer mayor longevidad son propensas a sufrir más padecimientos físicos y psicológicos.

**Esta visión de la salud, sin atender las diferencias biológicas, psíquicas y sociales entre unos y otras, ha entorpecido el desarrollo de una práctica médica que logre brindar mejor calidad de vida y mayor bienestar a la población, al dar una respuesta más cónsona y próxima a la realidad del paciente no sólo desde el punto de vista físico y psicológico, sino incluyendo también el contexto social que le es propio.**

De esta manera un enfoque biopsicosocial que presente una visión integradora del aspecto biológico, psíquico y social se hace necesario para plantear una medicina más apegada a la realidad y asertiva en la búsqueda del estado de salud, entendido como un recurso para la vida y no como el objetivo de la misma.

La mirada biopsicosocial, desarrollada desde hace algunas décadas en contraposición a la medicina biologicista y tradicional que concibe la enfermedad sólo como una disfunción biológica, retoma parte de la práctica que se seguía antes de la aparición de los fármacos, al privilegiar a la par del uso de los medicamentos y las técnicas que se han conquistado en la

actualidad, la importancia de la relación médico-paciente y el estudio de la situación social y psicológica del ser humano, donde el género tiene un papel preponderante, como información valiosa para la comprensión y actuación frente a las enfermedades y patrones de vida.

No se trata sólo de sanar patologías: la medicina con enfoque de género se plantea evaluar la situación social y el entorno en el que se desenvuelve el paciente, a fin de modelar los hábitos que pueden influir en la aparición de enfermedades. De esta manera, la ciencia médica dirigiría sus esfuerzos hacia la prevención, que debe ser el norte para evitar que las personas deterioren su salud.

La realidad social de hombres y mujeres, sus conductas y hábitos de vida y su orientación sexual, gozan protagonismo a la hora de prevenir, diagnosticar y curar padecimientos, pues su conocimiento ayudaría a profundizar en los problemas de salud pública que atacan con más fuerza a damas o a caballeros, debido a la manera en que sus personalidades se insertan en el entramado social asumiendo roles específicos.

Es por esto que son los representantes del género masculino los más propensos a fallecer en accidentes de tránsito o por homicidios, debido a que son ellos los que culturalmente se exponen más a situaciones de peligro. En Venezuela, según las cifras del Anuario de Mortalidad de 2006 del Ministerio

del Poder Popular para la Salud y la Protección Social (Mpps), el 36% de las muertes de hombres entre los 15 y 24 años se deben a homicidios, mientras que 9% de las mujeres en el mismo grupo etario, fallecen por la misma causa.

La violencia doméstica, otro problema de la salud pública venezolana, tiene rostro de mujer, a causa de la histórica exclusión de las féminas y la imagen errónea de pasividad y debilidad que se ha tejido en torno a ellas a lo largo del tiempo. Esta situación afectó a 8.520 mujeres (casos reportados) según el Boletín en cifras: Violencia contra las mujeres del año 2004 y disponible en <http://cem.ve.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/boletinviolencia.pdf>. Del número total de mujeres violentadas 42,75% de ellas sufrieron de maltrato psicológico, 37,61% fueron víctimas de violencia física, 15, 25% de violencia verbal y 3,85% sufrieron la violencia sexual.

Además de los estilos de vida que proponen los roles de género a cada quien, existen diferencias físicas entre damas y caballeros que también juegan un papel importante en el desarrollo de la salud y en la aparición de ciertas dolencias.

Según el estudio “Ventaja del factor X”, publicado en la edición del 22 de marzo de 2006 del Journal of the American Medical Association y realizado en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, por la

doctora Bárbara Migeon, la diferencia entre los cromosomas XX y XY determina la vulnerabilidad ante las enfermedades.

La investigación se basa en el hecho de que las mujeres poseen diez veces más carga genética que los varones, pues en el cromosoma X hay más de mil genes, mientras que el Y tiene menos de 100 y esto las predispone a padecer mayor número de problemas de salud.

La producción de hormonas femeninas ha sido determinada como un factor de protección para las mujeres ante los eventos cardíacos, mientras que el corazón del hombre se encuentra en desventaja al no contar con ese salvavidas durante todas las etapas de la vida. Sin embargo, al llegar la menopausia la mujer pierde la carga estrogénica y con ello se vuelve igual de vulnerable frente los infartos cardíacos, según advierte Enrique Melgarejo, cardiólogo colombiano.

A raíz de estos descubrimientos, hace 16 años la curiosidad científica posó su mirada en las desigualdades de sexo y género en salud, dando origen a la Iniciativa para la Salud de las Mujeres (WHI) que ha sido hasta el momento el estudio más completo sobre la particularidad del cuerpo femenino y que ha conducido a profundizar en el tema.

Una investigación posterior de la Facultad de Medicina de Harvard y el Hospital para Mujeres de Brigham, desmontó el diagnóstico médico sobre los

efectos de la aspirina en la mujer en relación con los problemas cardíacos. Los resultados arrojaron que las féminas que ingieren aspirina tienen 17% menos de probabilidad de sufrir una trombosis, mientras que su acción no incide sobre el riesgo de infarto cardíaco, debido a las diferencias que existen en los sistemas cardiovasculares de ambos sexos.

**Ante la evidencia científica y social de las diferencias entre damas y caballeros, se hace necesario la inclusión de un enfoque holístico que permita una atención médica atenta a estas distinciones, para incluirlas en los diagnósticos y tratamientos.**

La medicina con enfoque de género plantea la importancia de combinar con las batas blancas y los microscopios, las cualidades particulares de cada individuo como miembro de una sociedad.

### **Investigación integradora**

La asunción de estudios que reflejan la exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos para probar medicamentos y terapias, despertó la inquietud para iniciar esta investigación periodística, ante la interrogante de **si la experimentación científica en salud y la práctica médica, han privilegiado a los hombres en sus propósitos curativos.**

Al contrastar las informaciones conseguidas a través de la recolección bibliográfica y las entrevistas a especialistas de diversas disciplinas

profesionales y a pacientes de diversas patologías, el enfoque de la investigación fue perfilándose hacia la necesidad de incluir la visión de género en toda la atención médica, sea a damas o a caballeros, con la finalidad de alcanzar diagnósticos más acertados, tratamientos más cónsonos con la realidad de las personas y acercar a la medicina hacia su misión fundamental, la prevención de enfermedades y situaciones que desmejoren el estado de bienestar de los individuos.

Con cada avance de la investigación, aumentó la certeza de que hablar de la perspectiva de género en salud no significa referirse exclusivamente a las féminas y los problemas de salud que ellas enfrentan.

No se pretende olvidar la situación histórica de marginación que han enfrentado las representantes del sexo femenino, inclusive en las ciencias médicas en las que la mujer tuvo oportunidad de formarse apenas hace unas pocas décadas y la anatomía del hombre ha sido predilecta para los estudios referidos a la profesión. Por el contrario, tomando en cuenta los hechos que dieron nacimiento a la estructura social occidental, a la ciencia y a la medicina en particular, es que **se plantea la interrogante sobre la posibilidad del desarrollo de una medicina especializada en género que atienda las particularidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales de los seres humanos y disminuya las brechas entre hombres y mujeres en cuanto al acceso al sistema de salud.**

Este reportaje interpretativo pretende **determinar hasta qué punto la investigación científica en salud y la práctica médica, ha olvidado las especificidades de sexo y género en sus propósitos curativos y terapéuticos, lo que podría traducirse en el desmejoramiento de la salud de hombres y mujeres.** Además, su intención es indagar sobre las repercusiones que en el mundo médico- científico, en la sociedad y en la salud de las pacientes ha provocado esta desatención, que no ha tomado en cuenta ni las diferencias orgánicas ni las dinámicas de comportamiento de las enfermedades, lo que podría generar un deterioro de la calidad de vida de damas y caballeros.

El trabajo estará enfocado desde la perspectiva periodística y tendrá fines divulgativos, pues la temática abordada es desconocida por muchos y plantea cambios en el mundo médico y en el acceso a la salud, pues con el nuevo enfoque se cristalizaría un beneficio social a ambos géneros, expresado en la mejora de la salud pública y en el estado de bienestar de las personas.

En este sentido, la medicina con enfoque de género disminuiría la incidencia de patologías que atacan más a un género que otro, al realizar investigaciones destinadas a la búsqueda de fármacos y terapias curativas idóneas, que actúen sobre las características que los definen.

Nuestro objetivo es trasladar esta problemática de las esferas científicas a la cotidianidad de los ciudadanos, mostrándoles cómo esta realidad los afecta directamente en la vida diaria, pues la inclusión de esta perspectiva supondría la elaboración de diagnósticos y tratamientos más cercanos a las condiciones físicas, biológicas, psicológicas y sociales de hombres y mujeres.

Acercar a la población los contenidos científicos en términos comprensibles, a fin de transmitir conocimientos útiles y aprendizaje, es la tarea principal del periodismo científico.

Para Manuel Calvo Hernando, reconocido periodista de la fuente, el periodismo científico es “una especialización informativa que consiste en divulgar la ciencia y la tecnología a través de los medios de comunicación de masas” (Calvo: 1997: 16)

El comunicador sostiene que la misión del periodismo científico es “poner al servicio de la mayoría los conocimientos de la minoría, acercar al pueblo el trabajo de los científicos y contribuir a saciar el hambre de conocimientos de la humanidad” (Calvo: 1977: 232)

Por su parte, la profesora de periodismo científico de la Universidad de Los Andes, Argelia Ferrer, destaca en su libro *Periodismo Científico y Desarrollo: Una mirada desde América Latina* (2003), que la especialidad permite

advertir a la sociedad sobre los potenciales peligros de los avances tecnológicos y científicos para que sus miembros tengan poder de decisión sobre sus aplicaciones.

Ferrer distingue diversas funciones de la especialidad de acuerdo a sus propósitos, como son informar e interpretar sobre los descubrimientos científicos y su relevancia en la sociedad, promover el desarrollo social a través de la difusión de informaciones que motiven a la acción y toma de decisiones que estén sintonizadas con el progreso, incentivar la adopción de conocimientos necesario para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

### **¿Por qué un reportaje interpretativo?**

El reportaje periodístico es considerado el género más completo de la profesión, pues aparte de la confluencia entre periodismo y literatura que representa, requiere de “una mayor preparación y documentación para su elaboración y tiene casi siempre por eje, un hecho noticioso”, según reseñan Anuar Saad y Jaime de la Hoz, en el artículo El Reportaje (2001) disponible en <http://www.saladeprensa.org/>.

Para Eduardo Ulibarri en su libro Idea y vida del reportaje (1994), el reportaje:

Engloba y cobija a las demás formas periodísticas. Tiene algo de la noticia cuando produce revelaciones ; de crónica cuando emprende el relato de un fenómeno; de entrevista cuando transcribe con amplitud opiniones de las fuentes o fragmentos de diálogos con ellas. Se hermana con el análisis en sus afanes de interpretar hechos (23)

Por ser el reportaje uno de los géneros periodísticos más completos y complejos, debido a que en su seno acoge al resto de las formas de la profesión, la información se presentará tomando en cuenta la dinámica de indagación, recolección de datos y redacción que éste requiere.

Se eligió la estructura por bloques para poder identificar los componentes de la situación y desarrollarlos cronológicamente, de manera que cada uno de ellos guarde relación entre sí. Este tipo de estructura es ideal en temas que ameriten la explicación ordenada de los antecedentes para luego mostrar la realidad actual y realizar la interpretación correspondiente.

Este género es el vehículo ideal para la interpretación, pues permite la confluencia de la narración y la descripción con el análisis, la comparación y el razonamiento lógico, según explica Federico Álvarez en el libro La información contemporánea (1980).

El tema de la inclusión del enfoque de género en salud, requiere develar los antecedentes de esta visión, insertarla en el contexto actual para poder comprenderla a través de todas sus implicaciones y además, mostrar las consecuencias, beneficios o desventajas que comporte la aplicación de esta

perspectiva en la práctica e investigación médica. El aportar un panorama completo sobre este problema, es necesario para interpretar el comportamiento de hoy en día de este enfoque en la salud y poder avizorar posibles escenarios al respecto.

Por ser una temática de salud, se eligió al reportaje interpretativo como el medio para difundirlo, pues como asegura Manuel Calvo Hernando en el libro *El periodismo científico* (1977), este género “es el adecuado para la divulgación científica, para poder cumplir la misión de acortar la distancia entre el público y la ciencia” (Calvo: 1977:232)

Debido a que este tema no ha sido suficientemente divulgado en la población y no existen trabajos periodísticos de profundidad al respecto, este trabajo contribuiría a la difusión y a la toma de acciones concretas por parte de los ciudadanos - que podrían exigir la realización de investigaciones médico – científicas para dar respuesta a sus padecimientos - los médicos, los investigadores científicos y los Estados.

### **¿Cómo se realizó?**

Por ser un reportaje, la entrevista a profundidad fue el elemento básico de la recolección de los datos para la investigación. Se realizó una entrevista de preguntas abiertas a distintos profesionales especialistas en el tema, a fin de

lograr una visión interdisciplinaria y amplia de la situación del enfoque de género en salud y sus beneficios reales a la población.

Este método principal de recoger la información fue sustentado con la revisión bibliográfica y electrónica que se realizó para cumplir con los objetivos de la investigación.

### **Objetivo General**

- Determinar a través de un reportaje interpretativo, hasta qué punto la investigación científica en salud y la práctica médica avanzan hacia la aplicación de un enfoque que tome en cuenta las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre los hombres y las mujeres.

### **Objetivos Específicos**

- Recolectar información sobre el traslado de las desigualdades sociales entre los sexos a la investigación científica y a la práctica médica.

- Determinar la concepción que se maneja sobre la mujer y el hombre como objetos y sujetos de la investigación científica.

- Recopilar datos sobre las pautas, intereses y propósitos que guían las investigaciones científicas para la elaboración de los medicamentos en la industria farmacéutica.

- Entrevistar a médicos, científicos y especialistas en el área social para indagar en los beneficios que supondrían en la salud de mujeres y hombres la inclusión de un enfoque de género en la atención médica.
- Describir las iniciativas actuales de aproximación a una medicina basada en el género en el ámbito internacional, regional y nacional.
- Identificar las posibles aplicaciones de la consolidación de una perspectiva de género en la medicina en el área de investigación, prevención y tratamiento de los problemas de salud.

### **¿Cómo se recolectó la información?**

La investigación se construyó en principio sobre la entrevistas de profundidad a fuentes vivas especializadas en la temática de la inclusión de género en salud. Se entrevistó a médicos generales y a galenos de diversas especialidades (internistas, ginecólogos, obstetras, cardiólogos, reumatólogos, terapistas ocupacionales, entre otros). El hospital Antonio María Pineda de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado (Ucla), la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), la Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bellacarla Jirón Camacaro” del núcleo Aragua de la Universidad de Carabobo, el Centro Profesional Santa Paula, el Centro Médico de Caracas, el Instituto de Neurología y

Neurociencias Aplicadas y Plafam fueron algunos de los centros de salud dónde se recolectó esta información.

Además, se contó con la experiencia de dos galenos colombianos que incluyen en su práctica diaria la visión del género. Para completar la información se consultó a farmacéuticos, académicos de la medicina, autoridades del Mpps, diputados de la Asamblea Nacional (AN), psicólogos sociales, psiquiatras, educadores, abogados, antropólogos, sociólogos, periodistas científicos y estudiosos del género sobre la pertinencia de la inclusión del género en la salud y de su discusión en diversas áreas del conocimiento.

También se buscó el testimonio de pacientes con diversas dolencias, para a través de su experiencia mostrar las desventajas de no recibir una atención médica con enfoque de género, o para develar los beneficios que aporta una atención integral que tome en cuenta la realidad física, psicológica y social del individuo.

En cuanto al material bibliográfico se realizó una búsqueda en la red (sobre todo en el caso de estudios internacionales) sobre artículos periodísticos y académicos acerca de la teoría del género y sus aportes en la salud. Se visitó la biblioteca del Centro de Estudios de la Mujer (CEM), de las Facultades de Medicina de la UCV y la Ucla, de la Facultad de Farmacia de

la UCV, la Facultad de Humanidades y Educación y de la Escuela de Comunicación Social de la misma casa de estudios.

### **¿Cómo se escribió?**

La investigación consta de siete capítulos encadenados cronológicamente y en los que se pretende demostrar la tesis formulada inicialmente sobre si la investigación científica y farmacéutica en salud, la práctica médica y el abordaje terapéutico de diferentes patologías, han generalizado el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sin tomar en cuenta las diferencias físicas, psicológicas y sociales entre mujeres y hombres.

Para ello se eligió una estructura por bloques demostrativa y descriptiva, pues se expone una tesis a ser demostrada a través de relatar e interpretar situaciones, indagar hechos y exponer fenómenos sociales.

Debido a la amplitud del enfoque y a la cantidad de fuentes requeridas para lograr una investigación a fondo, el reportaje fue realizado por dos investigadoras. En esta oportunidad, la construcción del relato periodístico amerita una labor que podría tornarse difícil para una sola persona, pues el acceso a las fuentes científicas y gubernamentales requirió de tiempo y de repartición de las labores.

Para que el trabajo cumpliera con sus propósitos, fue necesario efectuar una investigación extensa que se enriqueció al contar con las dos visiones diferentes de las investigadoras sobre el mismo tema, pues la fusión de ideas y juicios favorece a los lectores al presentarles una interpretación más amplia, un análisis profundo y una mejor verificación de los datos.

En el primer capítulo titulado La ciencia: Edificación masculina occidental, se hace un recuento histórico de cómo la práctica científica se originó y cómo se ha desarrollado a lo largo del tiempo, teniendo al hombre como máximo exponente y modelo para la producción científica. También se narra cómo la aparición de la medicina, heredera de su tiempo y bajo el mismo contexto social de las llamadas ciencias duras, tiene una influencia importante en el desarrollo de la práctica médica y cómo ésta se ha constituido olvidando la importancia de la realidad social.

En Las manos femeninas en la práctica médica, se relata cómo la mujer se fue abriendo paso poco a poco en una profesión considerada de hombres, para ahora convertirse en el género que más títulos de médica recibe en las universidades del país. Se pone en evidencia cómo esta “preferencia” inicial por los hombres contribuyó a que las ciencias médicas sean lo que son hoy en día y además, que el ascenso de las mujeres en la medicina haya sido fundamental para el origen de nuevos enfoques y maneras de entender el conocimiento científico.

El tercer capítulo, Dos maneras de enfrentar la salud: Cómo viven la enfermedad ellas y ellos, describe las diferencias físicas y de género particulares de hombres y mujeres que los predisponen a sufrir ciertas enfermedades. En este apartado se hace un recorrido por la salud de las venezolanas y los venezolanos, mostrando cuáles patologías tienen más incidencia en un género que en otro.

En El género irrumpe la escena científica, se ahonda en la teoría de género y en cómo desde las ciencias sociales esta nueva interpretación del mundo irradió las ciencias naturales y se plantea transversalizar al ejercicio de la medicina. Posteriormente, en el capítulo V llamado El género en la salud criolla, se muestra el panorama del enfoque de género en salud en el país y cómo ha permeado la estructura legal criolla. Además se describen las instituciones gubernamentales y académicas que han ido sembrando la semilla del género en el sistema médico venezolano.

El género: invitado a la consulta médica, muestra y analiza los beneficios en salud que la instalación del enfoque de género podría brindar a hombres y mujeres y plantea la necesidad de cambiar la manera de abordar la salud de las personas tomando en cuenta no sólo los síntomas y signos de las enfermedades, sino también el entorno social que rodea la vida de los pacientes.

El último capítulo, ¿Hacia dónde va el enfoque de género en salud? interpreta la realidad del enfoque de género en salud en el panorama internacional y nacional, a la vez que describe los posibles escenarios que en tierras venezolanas tendría la instalación de esta perspectiva, tomando en cuenta el sistema asistencial del país. Asimismo, se analiza la importancia de hacer reformas en la atención médica para que la inclusión de género se convierta en un hecho, lo que traería beneficios para la salud de mujeres y hombres por igual.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I. La ciencia: Edificación occidental masculina .....</b>	<b>35</b>
Luces en la ciencia .....	41
Androcentrismo: Presencia invisible.....	44
Medicina: Cuna para el androcentrismo.....	50
Medicina criolla.....	56
<b>CAPÍTULO II. Las manos femeninas en la práctica médica.....</b>	<b>62</b>
Mujeres en el génesis de la medicina.....	65
Condenadas a ser pasivas.....	69
Academia quimérica.....	73
Primeras venezolanas con batas blancas.....	78
Del silencio al estruendo.....	80
<b>CAPÍTULO III. Dos maneras de enfrentar la salud: Como viven la</b>	
<b>enfermedad ellas y ellos.....</b>	<b>85</b>
Brechas naturales.....	86
Fibromialgia: Laberinto del dolor femenino.....	94

VIH- Sida: ¿Feminización de una pandemia?.....	99
Osteoporosis, pérdida silenciosa.....	106
Cuerpo abatido por las emociones.....	109
Un mal “motor”.....	112
ACV: Sombras imprevistas.....	113
Movilidad afectada por el cromosoma XY.....	117
Cabellos alterados por las hormonas masculinas.....	119
Masculinidad de alto riesgo.....	122
Migraña: Huésped doloroso e incapacitante.....	124
Dulce pecado: Insulina en desventaja.....	128
Lupus: Defensas sin descanso.....	132
VPH: Inquilino oculto.....	135
Infarto: Llamado del corazón.....	139
Alcoholismo: Voluntad a prueba.....	143
Sangre y corazón en sobremarcha.....	147
<b>CAPÍTULO IV. El género irrumpe la escena científica.....</b>	<b>151</b>

Voz femenina abriendo puertas.....	155
Nuevo enfoque integrador.....	159
Ciencia y género: Interacción vital.....	162
El género traspasa los muros de las ciencias médicas.....	166
Sesgo en la atención médica.....	173
Unisexualidad en el laboratorio.....	179
Química a favor de los géneros.....	183
El enfoque se fortalece.....	188
<b>CAPÍTULO V. El género en la salud criolla.....</b>	<b>195</b>
Inequidades en la mira.....	202
Derecho a la salud: El sueño de bienestar para todos.....	207
El género acecha la legislación en salud.....	213
Metamorfosis curricular: Una tarea pendiente.....	217
<b>CAPÍTULO VI. El género: Invitado a la consulta médica.....</b>	<b>224</b>
Dos géneros, dos vidas.....	228
Sentidos agudizados.....	237

El género se abre paso en la escena mundial.....	242
Víctima de la invisibilización.....	251
Una medicina más humana.....	254
<b>CAPÍTULO VII. ¿Hacia dónde va el enfoque de género en salud?.....</b>	<b>261</b>
La prevención: Norte fijo de la medicina.....	264
Medicina en apuros: ¿Cómo incluir en Venezuela el enfoque de género en salud?.....	271
Educación para una atención médica más humana.....	276
Beneficios para la vida.....	281
Periodismo al servicio de la salud.....	284
El enfoque de género en salud bajo el lente periodístico.....	287
<b>EPÍLOGO.....</b>	<b>292</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>298</b>
Bibliográficas.....	298
Hemerográficas.....	301
Documentos y leyes.....	303

Estudios científicos.....	307
Electrónicas.....	309
Fuentes vivas.....	317
<b>ANEXOS.....</b>	<b>325</b>
Anexo I.....	326
Anexo II.....	327
Anexo III.....	328
Anexo IV.....	329
Anexo V.....	330
Anexo VI.....	331
Anexo VII.....	332
Anexo VIII.....	334
Anexo IX.....	335
Anexo X.....	336
Anexo XI.....	337
Anexo XII.....	339

Anexo XIII.....340

## **CAPÍTULO I. LA CIENCIA: EDIFICACIÓN OCCIDENTAL MASCULINA**

La sociedad occidental confía plenamente en ella. Con el paso del tiempo se ha erigido como la forma de conocimiento fiable por excelencia para acercarse a las realidades. No es casual que sirva de aval para la venta de productos y para garantizar la seriedad de instituciones, pues la ciencia tal como se conoce hoy en día ha logrado permear todas las esferas de la vida pública y privada.

No hay cómo evadir ni alejarse de la ciencia en estos tiempos. Sus aportes y su filosofía le han otorgado poder para persistir con voz de mando, a pesar del paso de la historia y de las múltiples transformaciones sociales.

“Como consecuencia de su prestigio y valor, la ciencia está bien desarrollada, monetariamente apoyada y protegida, y constituye una importante y poderosa institución dentro de las sociedades modernas” (Woolgar: 1991:15).

El afianzamiento de esta forma de conocimiento se ha venido gestando paso a paso y en sus inicios poco se asemejaba a lo que en la actualidad se conoce como ciencia, pues se originó en el momento en el que el ser humano comenzó a valerse de la naturaleza para construir herramientas necesarias en la supervivencia de la vida de las cavernas.

John Bernal en su libro *Historia social de la ciencia* (1989), destaca que los primeros intentos o técnicas relacionadas con este saber nacieron en la búsqueda de materiales para fabricar instrumentos que pudiesen satisfacer algunas necesidades básicas en épocas pasadas.

“Al hacer y emplear útiles, el hombre transformaba la naturaleza de acuerdo con su deliberada voluntad” (Bernal: 1989: 74). El autor explica que en la cobertura de actividades primarias como la alimentación, el vestido, la creación de herramientas, entre otras, el hombre empezó a concientizar un conocimiento que le proveía de información para sobrevivir, por lo que la mecánica fue la semilla que cultivó el camino de la ciencia en la historia de la especie humana.

Según la evidencia arqueológica recabada, Bernal afirma en su trabajo que al final del Paleolítico, etapa de la prehistoria caracterizada por el uso de herramientas hechas de piedra tallada y la incursión en metales, el hombre ya contaba con una considerable gama de instrumentos que hacían más fácil la vida en la Tierra y que incidieron en la organización sexual de las ocupaciones domésticas. La mujer se encargaba del cuidado de los niños y el hogar, mientras que la caza era tarea del hombre, gracias a la fabricación de armas como el arco, la flecha y el arpón.

Así, la ciencia fue tomando cuerpo de la mano de la configuración del orden social y de los incipientes pasos por la mecánica, la física, la química y la biología, gracias a la confección de instrumentos, el uso del fuego y la curiosidad suscitada por la vida de plantas y animales.

Antes de la invención de la escritura, con lo que se le dio fin a la etapa prehistórica para abrir paso a la Historia, estos conocimientos eran transmitidos de manera oral. Bernal sugiere que el establecimiento de la medida del peso para contabilizar las cantidades de bienes en los intercambios entre las poblaciones, contribuyó en gran medida en la formación de las ciencias formales.

La matemática tuvo su origen antes de la escritura y permitió realizar operaciones elementales como la adición y la sustracción, indispensables para las actividades económicas de la población, según se refleja en la recopilación histórica realizada por Bernal, donde también se sustenta que gracias a la agricultura y al cuidado de animales se hizo imperioso contabilizar el tiempo, debido a los procesos de sequía e inundación. Fue así como el hombre se apropió de conocimientos para entender los fenómenos del día y la noche y sentar bases para la llegada de la ciencia astronómica.

De igual manera, la medicina tuvo su primera aparición en el saber ante la urgencia de atender a las personas que caían enfermas. Al principio, quienes

se dedicaban a este oficio no sabían más que curar ciertas heridas y se valían de las plantas para preparar ungüentos e infusiones que colaboraran en hacer retroceder a los males.

La experiencia en el incipiente quehacer curandero, perfeccionó la actividad tal como explica Bernal:

El invento y subsiguiente desarrollo de todas estas nuevas técnicas proporcionó un campo enormemente ampliado para la comprensión científica, precisamente en el momento en el que las necesidades organizativas de la nueva civilización daban a luz los medios intelectuales con los que esta comprensión podía ser expresada y transmitida (104-105).

Con la llegada de la escritura las informaciones recolectadas por medio de la experiencia, pudieron almacenarse y sistematizarse para ser aprovechadas y profundizadas posteriormente, a través de nuevas prácticas y observaciones. Fue de esta manera como las nociones precursoras de la ciencia de hoy en día, se fueron aglutinando y convirtiéndose en parte del saber de la sociedad occidental.

Por ser la lectura y la escritura aprendizajes relegados a las minorías cultas, la producción y difusión de conocimientos, entre ellos los de la ciencia, no estaban al alcance de todas las clases sociales de la época. “La ciencia es esencialmente una profesión culta. Se trata de algo registrado en libros y

papeles, siendo, pues, cosa distinta de la enseñanza por el ejemplo práctico de los oficios tradicionales” (Bernal:47).

El autor describe en su libro cómo los primeros científicos durante la época clásica eran tildados de magos capaces de realizar maleficios, creencia que se mantuvo hasta los finales de esta etapa histórica apoyada por los mandatos religiosos.

Según el trabajo La ciencia en la Edad Media, publicado en el portal web Historia de la ciencia, disponible en <http://historiadelaciencia.idoneos.com/index.php/367057>, la ciencia de esta época estuvo influenciada en gran medida por el pensamiento de Aristóteles, pues a partir del año 1500 se tradujeron muchas de las obras de este autor griego.

Hubo en este período un intento por profundizar y sentar las bases del conocimiento y método científico, a raíz del legado de la lógica aristotélica y las matemáticas griegas y árabes.

Alan Chalmers en su libro ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? (1991) propone a Francis Bacon (1561-1626) como uno de los primeros pensadores de la época que intentaron edificar las columnas del método de la ciencia moderna. Chalmers, explica al respecto:

A principios XVII propuso que la finalidad de la ciencia es la mejora de la suerte del hombre en la tierra y, según Bacon, esa finalidad se lograría recogiendo hechos a través de la observación organizada y derivando de ellos teorías (6).

Esta reorganización del método científico estuvo enraizada con el planteamiento inductivo, según el cual la ciencia comienza con la observación objetiva y sin prejuicios. Bajo este precepto nace la ciencia moderna, que insistía en la importancia de ir a buscar el conocimiento directamente de la naturaleza y pretendía la pureza de un método objetivo y libre de la intervención de lo humano, desechando todo lo que no sea producto de la racionalidad.

“El conocimiento científico es conocimiento probado. Las teorías científicas se derivan, de algún modo riguroso, de los hechos de la experiencia adquiridos mediante la observación y la experimentación” (Chalmers: 1991:11).

Sin embargo, según el trabajo de Sami Rozenbaum *Ciencia, pseudociencia y anticiencia* (2000), Johannes Kepler fue el responsable de la formulación del primer principio de objetividad. El autor señala que el avance científico desatado a partir de los inventos y victorias de estudiosos como Isaac Newton con las leyes de gravitación, abrieron paso a la llamada Era de las Luces influenciada por las ideas de la Ilustración que no sólo marcaron el

camino de la ciencia en el momento, sino que además dejaron su paso en el mundo político y social.

### **Luces en la ciencia**

Para comienzos del siglo XX se respiraba una brisa cargada de innumerables avances, aciertos y desaciertos de la actividad científica. El aparataje científico – tecnológico ya se encontraba montado y sus resultados estaban echando frutos en todas las parcelas de la sociedad moderna. Es en el primer tercio del siglo, entre los años 1920 y 1930, cuando surge el llamado Círculo de Viena, que apoyado en el pensamiento de la lógica inductiva con la que se había erigido el edificio científico hasta el momento, adoptó el positivismo lógico como corriente filosófica.

Esta línea de pensamiento científico, también llamada empirismo lógico, sostiene que todo conocimiento debe ser sometido a la verificación, para poder comprobar su veracidad y ser considerado un enunciado propio de la ciencia. Las ideas de la metafísica se convirtieron en blanco de las críticas del Círculo de Viena, al ser tildadas de inservibles, por no poder ser contrastadas bajo la comprobación estandarizada de esta corriente científica, que se ha instaurado como la escuela teórica más fuerte en el largo camino de la ciencia occidental.

“Se decía que si una afirmación podía ser verificada, ello lo convertía en científica en virtud de la exclusión de conjeturas sobre creencias, opiniones y preferencias” (Woolgar: 24).

Karl Popper (1902- 1994), crítico del Círculo de Viena, propuso un nuevo sistema diferente a la verificación, llamado falsación, según el cual “deberían intentarse verificar las proposiciones que contradijesen a la generalización” (25), es decir, el enunciado que resista más falsaciones es el que más apegado está a la rigurosidad del método científico.

En la búsqueda de la exactitud, la ciencia occidental se ha perfilado y reinventado su metodología, siempre conservando las sólidas bases del pensamiento positivista que la ha hecho crecer. Mario Bunge en su libro *La ciencia, su método y su filosofía* (1998), reconoce que el conocimiento científico es fáctico, pues depende de la ocurrencia de los hechos a los que trasciende, es analítico, especializado, claro y preciso, comunicable, metódico, sistemático, general, explicativo y predictivo.

La visión científica del mundo ha irradiado la estructura social y cultural, pues esta mecánica para concebir la realidad ha permeado en las relaciones sociales y en la manera en la que se construye el pensamiento. “Vivimos insertos dentro de un mundo cultural que está fabricado a partir de un marco de símbolos complejos que muchas veces es difícil discernir y colocarnos

fuera de ellos”, explica en entrevista personal Rodrigo Navarrete (2009), profesor de la Escuela de Antropología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) y del Diplomado de Diversidad Sexual ofrecido en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (Faces) de la UCV, refiriéndose a la imposibilidad de escapar de los mandatos culturales y a la lógica del pensamiento instaurado.

El positivismo y su filosofía, presente en la ciencia a pesar de los múltiples enfoques que lo han adversado sobre todo desde las ciencias sociales, se han mantenido enraizados a la conformación social de occidente. Tal es su dominio que Chalmers señala que “el elevado respeto por la ciencia es considerado como la religión moderna, que desempeña un papel similar al que desempeñó el cristianismo en Europa en épocas anteriores” (Chalmers: 6).

Para Navarrete (2009), la ciencia, como producto de la cultura de Occidente, responde a las necesidades de quienes la producen y reproducen. A partir de la época del Renacimiento, con el impulso de la llamada Era de las Luces, la visión cosmogónica del ser humano se volvió un mandato. La imagen de este ser humano siempre fue la de un hombre de raza caucásica, tal como lo dibujó Leonardo Da Vinci en “el hombre de Vitruvio” al plasmar en papel a un caballero de pie con los brazos y piernas extendidos hacia el mundo.

No es casual que hayan sido representantes del sexo masculino los precursores de la ciencia y las cabezas del pensamiento positivista. Ni Bacon, ni Popper ni Kant tuvieron una colega femenina que debatiera con ellos las ideas sobre el discurso científico y sus métodos.

Es así como la estructura de la ciencia a lo largo del tiempo ha estado influenciada por el proceder y pensamiento masculino, pues las mujeres estuvieron apartadas de los momentos de creación y consolidación del saber popular occidental.

### **Androcentrismo: Presencia invisible**

El término hombre ha sido usado históricamente para designar a hombres y mujeres sin distinción de sexo. En un intento de la biología por clasificar a los seres vivientes, Carlos Linneo otorga en el año 1758 el nombre de *homo sapiens* (homo: hombre, sapiens: que piensa) a la especie humana y desde entonces los seres racionales han sido entendidos por todas las ramas del saber como unisexuales.

Ser humano, humanidad y hombre, como se refiere comúnmente a la especie, provienen de la misma raíz del latín *homo*, que universaliza el concepto de persona orientándolo hacia lo masculino.

La ciencia como productora de conocimientos en la sociedad Occidental, se ha erigido como una fortaleza para acuñar las maneras en que los hombres se acercan y conocen el mundo. Desde sus bases, esta edificación del saber contiene y reproduce a la ciencia como forma de pensamiento racional y veraz, y es desde allí donde la universalización del término hombre ha irradiado para referirse a la especie, sin detenerse en desigualdades físicas ni sociales.

El hombre se convirtió en el centro del universo y en el máximo representante de la raza, hecho no fortuito al considerar que desde el inicio de la organización social fueron los caballeros quienes se ocuparon de la interacción en el espacio público.

En entrevista personal, Fernando Aranguren (2009), historiador y feminista, explica que en épocas prehistóricas cuando las poblaciones comenzaron a expandirse, la mujer se encargaba de las actividades referentes al cuidado del hogar y además de la siembra, cultivo y recolección, mientras que la caza era actividad exclusiva del hombre que poco a poco dio buenos frutos, pues no se cazaba sólo para resolver la comida del día, sino también para almacenarla.

Aranguren relata que cuando se comenzaron a organizar las primeras guerras de conquista, la toma de nuevas tierras no era el motivo principal,

sino el apropiarse de las mujeres porque éstas se ocupaban de la mayor parte de las actividades domésticas y además a través de ellas, se obtenía el control de la natalidad, imprescindible para un momento histórico en el que la expansión y el crecimiento poblacional eran urgentes.

En la conformación de los diferentes imperios, el historiador señala que el matriarcado se adueñó del papel protagónico, entendido como el sistema en el que “las mujeres ocupan posiciones públicas y de autoridad” en todos los ámbitos sociales, según el Diccionario ideológico feminista de Victoria Sau (Sau:2000:187).

Por ello, surgen las religiones monoteístas con la figura de un Dios masculino que todo lo puede. “Se le quita el poder a la mujer a través de la coacción de la religión y la presencia del Dios”, dice Aranguren (2009), quien entiende estos hechos como pasos fundamentales para la conformación del androcentrismo en los saberes, considerado como el enfoque en el que el representante del sexo masculino es la medida de todas las cosas, como se señala en el libro escrito por Sau.

Rodrigo Navarrete (2009) coincide en que la salida del hombre primitivo de la casa en la búsqueda de las proteínas de la carne animal para la mesa, marca la separación sexual de las actividades en el hogar y le otorga al

hombre el control de las relaciones sociales, a la par que la mujer controlaba el espacio privado.

Para Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional y profesora de la maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado (Ucla), el hecho de que las mujeres se mantuvieran en el hogar tiene que ver con el factor biológico de la maternidad. “Ellas estaban más apegadas al hogar, porque la lactancia y el cuidado de los hijos las hacían ocupar más este espacio, mientras que el hombre tenía más libertad de movilizarse fuera de la casa”, dice la profesional de la salud en entrevista personal.

Con la interacción entre las diferentes poblaciones y el surgimiento de la política, el espacio público comenzó a cobrar mayor importancia que el privado, por lo que el hombre usurpó el poder que la mujer tenía en la conformación social, tal como Navarrete (2009) explica que se configuró la sociedad androcéntrica, es decir, “bajo la visión del hombre, en la que la mujer existe por defecto en la sociedad”.

El Diccionario ideológico feminista define el androcentrismo como “el enfoque, análisis o investigación desde la perspectiva masculina únicamente y utilización posterior de los resultados como válidos para la generalidad de los individuos, hombres y mujeres” (Sau: 45).

Esta visión ha calado en todas las esferas sociales y del conocimiento, por ello no es extraño que haya sido aplicada sistemáticamente en la producción científica. Consuelo Miqueo en su artículo *Semiología del androcentrismo. Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y Francois Broussais*, publicado en el libro *Perspectivas de género en salud* (2001), expone que el hombre siempre ha sido el representante y productor para la ciencia, considerando que todos los científicos del pasado fueron del sexo masculino, lo que ha construido una “homogeneidad histórica en torno a este sujeto”. (Miqueo: 2001: 98).

Aún cuando la ciencia y la academia científica han contado con la presencia de las mujeres en las últimas décadas, “la ciencia ha sido un conocimiento producido exclusivamente por los varones de la sociedad, con el sesgo que esto pudiera haber generado” (Miqueo:99).

La concepción androcentrista viene reforzada por la institucionalización del patriarcado en el sistema social, que admite la figura masculina, del padre, como la única forma de poder. El patriarcado “es una toma de poder por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue el del orden biológico, si bien éste elevado a la categoría política y económica” (Sau:238).

La autora del Diccionario ideológico feminista señala que gracias a la instauración del patriarcado, la mujer fue definida como “la hembra del hombre” en la Enciclopedia Británica del año 1771 en pleno auge de la llamada Época de las Luces. El concepto de mujer como contraparte del hombre, la hizo invisible y fortaleció aún más las bases del pensamiento androcéntrico en la sociedad patriarcal.

Desde épocas muy remotas, el cuerpo de la mujer era asumido como “accidental por no completar su cocción e inverso al tener los mismos órganos que los varones pero en lugares equivocados”, tal como afirma Emilia Martínez Morantes en el artículo web Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en medicina (2008), disponible en [http://www.elgeniomaligno.eu/numero3/materia\\_revolucion\\_androcentrismo\\_martinez.html](http://www.elgeniomaligno.eu/numero3/materia_revolucion_androcentrismo_martinez.html).

Martínez comparte la idea concebida por la historiografía feminista, donde se asocia el culto a la perfección del cuerpo de los portadores del cromosoma XY a una táctica para afianzar y potenciar el dominio masculino.

Esta visión de los cuerpos fue apoyada por la medicina, ciencia que desde la Antigüedad Clásica ha acuñado poder, por ser una autoridad en los asuntos corporales y de sanación.

“Los textos médicos se caracterizaban por contemplar sólo la experiencia masculina como fuente de autoridad y promulgar la inferioridad y peligrosidad de la mujer”, afirma la autora, para quien el androcentrismo encontró rica cuna para crecer en las ciencias médicas.

### **Medicina: Cuna para el androcentrismo**

La medicina, considerada por Miguel González (2009), profesor de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Escuela Luis Razetti de la UCV, como la ciencia que “va en contra de la naturaleza y de la evolución natural de las enfermedades”, al igual que todas las ramas del saber, tampoco ha podido deslastrarse de su concepción y visión androcentrista.

En eso coincide Ángel Reyes (2009), antropólogo físico y profesor de la Escuela de Antropología de la UCV, para quien la medicina “ha sido una ciencia masculina, en la que hasta hace aproximadamente seis años los atlas anatómicos que se usan para la enseñanza, no presentaban figuras femeninas en sus contenidos”, según asegura en entrevista personal.

En el libro Breve historia de la medicina (1961) de Charles Singer, se le confiere a los griegos el desarrollo de la medicina científica, aún cuando existen evidencias que le atribuyen a la Prehistoria la patente del invento de este oficio.

Singer relata que las excavaciones arqueológicas, demuestran que durante el Paleolítico se ejecutó una operación quirúrgica denominada la trepanación, que consistía en abrir el cráneo con un cuchillo de pedernal o un raspador y se empleaba sobre todo en caso de fracturas en la cabeza.

En entrevista personal, el profesor Miguel González (2009) asegura que por ser la medicina un concepto muy cambiante y no tenerse referencia específica de cuándo el hombre empezó a valerse de ella para curar los padecimientos, es imposible plantearse una teoría única y un día en el calendario para su aparición.

En el Antiguo Egipto, los papiros médicos dan muestra del trabajo de la época. Para Singer el papiro de Ebers (1570 Antes de Cristo) es uno de los que mejor recoge el saber del oficio, pues se trata de una lista de recetas para curar diversas enfermedades como las del estómago y el corazón.

González (2009) reconoce que es muy posible que desde los inicios de la humanidad, el ser humano se haya provisto de conocimientos para curar o aliviar dolores. Plantea que en un principio se atendían las enfermedades de una forma empírica sin tener conocimiento certero sobre lo que se hacía y que, posteriormente, la experiencia y el cúmulo de informaciones pudieron dar origen a una práctica más consciente.

“Se piensa que en algún momento el hombre se empezó a preguntar por qué las cosas ocurrían y por qué enfermaba. La teoría de la mutación crítica explica que esto se debió a un cambio en el cerebro de la especie, cuyo encéfalo se desarrolló más”, relata el catedrático, para quien la capacidad de interpretar, intervenir en las realidades y ayudar al prójimo fueron algunos de los pasos fundamentales para la creación de esta ciencia.

Sin embargo, es con los griegos con que la medicina como se conoce hoy en día, empezó a germinar. En su libro, Singer afirma que esta civilización no sólo inició la llamada medicina científica, sino que además fue la impulsora de muchos de los elementos necesarios del saber anatómico, fisiológico y patológico de la actualidad, pues de esta época data gran parte de la terminología médica en un intento por erradicar el pensamiento mágico religioso de la práctica del oficio.

El autor señala que después de la prolífera época griega, la mayor contribución del Imperio Romano es la construcción y organización de los centros hospitalarios, a semejanza del ordenado aparato militar romano.

Al llegar la Edad Media (200 – 1500 Después de Cristo), tal como ocurrió con el conocimiento científico en general, se voltearon los ojos hacia los clásicos griegos. “Durante esta etapa los padres de la Iglesia se convirtieron en guardianes de la ciencia médica” (Singer: 1961:72), lo que trajo como

consecuencia que la práctica se enfocara únicamente en la curación de las dolencias, dejando de lado la investigación, la anatomía y la fisiología, áreas en las que se había avanzado notablemente en el pasado.

“La medicina descendió a ser una colección de fórmulas mezcladas con encantamiento y quedó envuelta en lo sagrado” (Singer: 75). Es a partir del siglo XIII, con la aparición de facultades de Medicina en las universidades, que se abre paso a una nueva era que significó el despertar intelectual, político y social.

La restauración de la ciencia llega con las luces del Renacimiento, que también irradió a la profesión médica. La práctica de disecciones, el auge de la anatomía y la cirugía, la crítica a la medicina medieval y la aparición del concepto de nuevas enfermedades son muestras del impulso que trajo consigo la nueva etapa a este saber científico.

Según Singer las conquistas alcanzadas en las ciencias físicas y biológicas durante los siglos XVI y XVII hicieron caducar a las viejas teorías médicas y dieron paso a nuevas invenciones como la doctrina de la circulación de la sangre, las investigaciones químicas, la fisiología experimental y la investigación microscópica. Además, la práctica de autopsias llenó el vacío que habían dejado los anteriores estudios fisiológicos, cuyo punto de

atención fue el funcionamiento del cuerpo sano, sin detenerse en los signos orgánicos después de la muerte.

La cirugía se benefició por los adelantos en anatomía y fisiología, por lo que se realizaron numerosas intervenciones quirúrgicas y se introdujeron instrumentos de importancia para el desarrollo de la medicina actual. El recorrido histórico que realiza Singer por la ciencia médica, le atribuye a los siglos XVIII y XIX los primeros planes para el control de epidemias y la prevención de diversas enfermedades, sobre todo de aquellas adquiridas en el espacio laboral.

Johannes Muller, Claude Bernard, Karl Ludwing y Louis Pasteur guiaron el sendero de la ciencia de la salud con sus importantes aportes al desarrollo de la práctica médica, que formalizó las especializaciones de su saber convirtiéndose en la ciencia que hoy por hoy se encarga de diagnosticar, curar y mejorar la calidad de vida de las personas.

En su nacimiento y desarrollo han estado implicadas manos masculinas. No es fortuito que en las entradas de la Escuela Luis Razetti de Medicina de la UCV y en la Dirección de la Escuela de Medicina de la Ucla, sean imágenes de hombres las que cuelgan de las paredes en los óleos que inmortalizan los momentos de fundación de esta profesión en los campus universitarios.

Las investigaciones feministas han develado en gran medida la presencia del androcentrismo en la medicina, que según Teresa Ortiz Gómez, autora del artículo El género, organizador de profesiones sanitarias publicado en el libro Perspectivas de género en salud (2001), es responsable de “las desigualdades de género en la práctica de las profesiones sanitarias y del desconocimiento de las aportaciones de las mujeres en esta área” (Ortiz: 2001:53).

Ortiz señala en su texto que la identidad de la profesión médica no es neutra o asexuada, sino masculina. Ha sido el hombre el objeto predilecto del pensamiento científico y sujeto habitual de la medicina.

Como resultado de la presencia del androcentrismo en las ciencias de la salud, Jaime Urdinola (2009), ginecólogo - obstetra colombiano y miembro de la Asociación Médica de los Andes (AMA), advierte en conversación telefónica, que el catéter (dispositivo empleado en el sistema cardiovascular cuando se producen infartos por la obstrucción de las venas) es diseñado pensando en el corazón de los caballeros cuyo tamaño es mayor que el de las damas, por lo que al intervenir a una mujer es necesario acortar el instrumento de drenaje.

La sombra del patriarcado también se extendió a la apropiación de conocimientos. La medicina nacida de la costilla del hombre tardó en formar

a profesionales femeninas, pues el secuestro por parte de los caballeros del espacio público, privó durante un tiempo el ingreso de las portadoras del cromosoma XX a estas esferas del saber.

### **Medicina criolla**

En Venezuela la ciencia médica también nació en manos masculinas. En un principio, durante la época precolombina a finales del siglo XV y hasta 1498 la incipiente medicina era ejercida por los piaches o curanderos de las tribus aborígenes, quienes trataban con plantas las calenturas, diarreas y úlceras en la piel que eran los males más frecuentes en la población.

Luis Alejandro Angulo en el libro Resumen Cronológico. Historia de la medicina en Venezuela (1979), explica que con la llegada del navegante genovés Cristóbal Colón a tierras venezolanas en 1498 se inicia una nueva etapa en la precoz medicina criolla, pues a partir de 1499 los galenos europeos empiezan a ejercer su oficio en la pequeña Venecia. El cirujano Alonso y el boticario Bernal son los primeros extranjeros que desempeñan esta labor que aún se realizaba de manera empírica, pero que permitió la fundación por el Fray Pedro del Castillo del primer centro hospitalario del país, el Hospital de Santiago en Nueva Segovia en 1565 en territorios de lo que hoy se conoce como Barquisimeto.

El conocimiento de los piaches aborígenes fue cediendo ante la conquista de la medicina occidental, aún en pañales y que llegó a la capital venezolana en el saber del español Don Miguel Gerónimo en 1583, sólo a cinco años de la primera epidemia de viruela que azotaría a la población.

Angulo reseña en su texto que el año de 1602 inicia con la fundación del primer hospital ubicado en la ciudad de Caracas con el nombre de Hospital de San Pablo y que sería seguido en 1649 por la creación de la farmacia pionera en la capital a cargo de Marcos Portero.

Es en 1738 cuando se establece la cátedra de medicina en la Universidad de Caracas, inaugurada 13 años antes. Sin embargo, no es sino hasta 1763 que se oficializa la formación de profesionales en el país, pues ya era importante parir médicos criollos que estuviesen capacitados académicamente para atender las pestes y los males. La iniciativa estuvo a cargo del doctor Lorenzo Campins y Ballester (1726-1785) y se tradujo en la creación de los estudios médicos en Venezuela que incluían las áreas de higiene, patología, fisiología y terapéutica. Para el historiador médico Ricardo Archila (1909-1984), profesor fundador de la cátedra de Historia de la Medicina de la Escuela Vargas de la UCV, el génesis y desarrollo de la medicina científica en el país desde la colonia y hasta el siglo XIX, estuvo marcada por los aportes de Campins y Ballester y del doctor José María Vargas (1786-1854),

según reseña Germán Yépez en el libro Historia, salud y sociedad en Venezuela (2002).

En la gesta independentista fueron 110 médicos los que prestaron su servicio a salvar vidas. José Ángel Álamo, Carlos Arvelo, José María Vargas y Vicente Salias, el médico, poeta y autor del himno nacional “Gloria al bravo pueblo”, fueron algunos de los galenos que asumieron la responsabilidad de la salud durante la causa de la independencia. José Rafael Villarreal, otro de los encargados de salvaguardar la salud en la época, tuvo un importante papel político en los hechos pre independentistas, pues fue el primero en corear a José Vicente Emparan con el “No, no lo queremos” en los sucesos del 19 de abril de 1810 y que dos años más tarde falleció en el terremoto del 26 de marzo de 1812.

El siglo XIX inicia con una medicina y cirugía venezolanas más científicas, gracias a los aportes de los profesionales del área. Para la década de los 20 se ejecutó la primera cesárea en el país, atendida por Alonso Ruíz Moreno y en 1827 se crea por decreto del Libertador Simón Bolívar, la Facultad de Medicina en la Universidad de Caracas y se instala la Sociedad Médica de la capital, constituida por José Luis Cabrera, José Ángel Álamo, José Joaquín Hernández, Carlos Arvelo y José María Vargas, cuyo nombre fue usado para la fundación en 1891 del Hospital Vargas de Caracas y ha dejado huella en la historia de esta ciencia en el territorio nacional.

Con la llegada del siglo XX se institucionaliza aún más la medicina en las universidades y estructuras de gobierno. En 1904 se funda la Academia Nacional de Medicina (ANM) por iniciativa del doctor Luis Razetti con 40 individuos de número, que hasta la actualidad son todos representantes del género masculino. Es en la sección de miembros correspondientes nacionales donde figuran siete damas de los 50 integrantes que conforman este apartado de la academia.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social aparece en 1936 durante el mandato de Eleazar López Contreras con Enrique Tejera como ministro y en 1945 se crea la Federación Médica de Venezuela con José Trinidad Contreras como su primer presidente.

En el camino de asentamiento y desarrollo de la medicina en el país, son nombres masculinos los que figuran. José María Vargas, José Gregorio Hernández, Luis Razetti y Miguel Pérez Carreño son algunos de los que han sido rememorados en los centros de salud del país tal como el Hospital José María Vargas, el Hospital José Gregorio Hernández de los Magallanes de Catia, la Escuela de Medicina Luis Razetti de la UCV y el Hospital Pérez Carreño.

La mayoría de los centros hospitalarios del país han sido designados bajo el nombre de sus fundadores. Hospital Antonio María Pineda, Centro Clínico de

Maternidad Leopoldo Arreguevere, Centro Médico Asistencial Federico Ozanam, Hospital de Niños Rafael Tobías Guevara de Anzoátegui, son algunos de los ejemplos de la incursión de las manos masculinas en la carrera al cuidado de la salud, pues muchas de las instituciones públicas y privadas dedicadas a esta ciencia han sido creadas por profesionales hombres, tal como el Centro Médico de Caracas que nació en 1947 con una junta directiva compuesta por los doctores Félix Lairret, Rafael López, Ricardo Baquero, Pedro Gutiérrez y Fermín Díaz.

Los premios que otorga la ANM cada dos años a los profesionales de la salud y a los estudiantes de la carrera destacados, son denominados bajo el nombre de José María Vargas a los ya graduados, mientras que los que aún se preparan son galardonados con los premios Luis Razetti y Rafael Rangel. Ninguna de estas máximas distinciones del cuerpo académico de la medicina, donde se estudian los problemas sanitarios del país a largo plazo, reconoce a través de su nombre la labor de alguna profesional femenina de la salud.

Para 1978 la planta de profesores activos y jubilados de la Escuela de Medicina Luis Razetti de la UCV contaba con 33 cátedras y con ninguna profesora mujer, mientras que en la Escuela Vargas de la misma casa de estudios, en 17 cátedras sólo impartían clases tres féminas en la cátedra de psiquiatría, clínica pediátrica y dermatología.

Antonio Clemente (2009), presidente para el bienio 2008 - 2010 de la ANM, considera que la profesión en la que se graduó en el Aula Magna de la UCV en 1957, nació a manos de hombres pues “la función natural de la mujer es criar a los hijos porque eso es lo que quieren hacer sin que nadie se los imponga”, dice el académico, quien ejerció como cirujano por 50 años.

Sin embargo, en entrevista personal, Clemente reconoce que hoy en días las mujeres han ganado terreno en una profesión antes considerada casi exclusiva de los representantes del sexo masculino. Se las ve en gran proporción vestidas de bata blanca por los pasillos universitarios de las escuelas de medicina del país, dándole un nuevo rostro a esta vocación que cuenta con una imborrable huella masculina.

## **CAPÍTULO II. LAS MANOS FEMENINAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

La preocupación por gozar de bienestar físico ha invadido la mente del ser humano en todas las épocas, obligándolo a buscar e idear métodos que conserven la salud y alejen los males que la perjudican.

Amuletos, recetas y objetos mágicos desempeñaron una función protectora y sanadora en pueblos como el egipcio y las culturas Maya y Azteca. Ester Méndez explica en el libro *Introducción al estudio de la invalidez* (1998) que “la salud es un concepto ligado al desarrollo del ser humano. Se extiende a la necesidad de bienestar en las áreas física, mental y espiritual (...) a la adecuada armonización de factores contribuyentes a la salud de familias y comunidades” (Méndez:1998:18).

El origen de la atención de los humanos está en la observación del comportamiento de los animales, que ingieren vegetales buscando efectos medicinales o purgantes, se lamen las heridas para limpiarlas y sumergen las lesiones en agua, indica el cirujano español Antonio Martín Duce en el libro *Patología quirúrgica* (2004).

Hombres y mujeres han asumido el trabajo de forma diferente desde los inicios de la humanidad. Tal y como se expuso en las líneas que preceden este apartado, los caballeros apoyados en la fuerza muscular tomaron las

riendas de la caza de animales y la defensa de la especie y los bienes, mientras las féminas hicieron del hogar su fortaleza, ocupándose de la crianza de los hijos y de la recolección y preparación de los alimentos.

La biología cumplió un papel fundamental en la división de las labores, pues el hecho de que el cuerpo femenino esté apto para dar vida, mantuvo a las mujeres dentro de la cueva mientras los varones se desplazaban con libertad fuera de este entorno.

De acuerdo con Martín Duce, esta asignación de roles favoreció el nacimiento de una etapa doméstica de la medicina, debido a que en el hogar la mujer era la que se encargaba de cuidar a los miembros de la familia y preservar la vida, utilizando el fuego para dar calor, pieles para proteger del frío, carnes de animales y vegetales para alimentar y agua para el aseo.

El experto en cirugía de la obesidad refiere que:

Por la división de tareas del hogar y por su instinto maternal, las mujeres se sienten motivadas para cuidar no sólo a los niños, sino también a los enfermos, desvalidos y ancianos, primero de su propia familia, después de su tribu y más tarde de tribus vecinas e incluso personas desconocidas. Es así como la madre-enfermera precede a las figuras del mago- sacerdote y del médico en los cuidados de salud (10).

En las culturas primitivas, dioses, demonios y espíritus envolvían las concepciones de salud y enfermedad, interpretadas como un premio o

castigo a los individuos, y poderes especiales guiaban las manos de curanderos, brujos o magos durante los rituales de curación.

El escritor español Pepe Rodríguez refiere en el libro Dios nació mujer (1999) que en todas las culturas prehistóricas la figura de la mujer representó el poder creador y protector del universo y la naturaleza. Divinidades de senos, vientre y genitales remarcados encarnaban a la “Gran Madre” que regía la expresión religiosa humana.

Rodríguez expone que el concepto de la “Gran Diosa”, que contenía los fundamentos de caos y orden, luz y oscuridad, sequía y humedad y muerte y vida, se mantuvo por milenios hasta que apareció la figura del dios hombre.

Al respecto, expresa:

Durante la era preagrícola el control de la producción de alimentos y las instituciones sociales básicas, salvo la defensa, estuvo en manos de las mujeres (...) y esos colectivos matricéntricos fueron regidos por la idea de la Gran Diosa. Pero, al adentrarse en la era agrícola, cuando las sociedades se hicieron sedentarias y dependientes de sus cultivos, el varón se vio obligado a implicarse en la producción alimentaria y comenzó un proceso de transformación que desposeyó a la mujer de su ancestral poder (115).

En este contexto, la mujer, la cultura, el pensamiento, los medios de producción y el derecho a la vida fueron concedidos progresivamente al hombre.

## Mujeres en el génesis de la medicina

En el artículo Curanderas y brujas, médicas desde la prehistoria (2003), publicado en la revista electrónica Nuestra Casa, disponible en el portal web <http://es.geocities.com/martincanot>, la psicóloga clínica española Francisca Martín Cano, señala que la medicina es la profesión más antigua ejercida por la mujer, antes de la apropiación patriarcal.

“Hay un nombre de sacerdotisas que define a las curanderas arcaicas: las saludadoras, las que daban salud a los enfermos. Eran médicas, parteras y veterinarias que curaban con hierbas medicinales a humanos y animales en ceremonias sagradas”, indica.

La investigadora refiere que esculturas de al menos 3.000 años de antigüedad, como la de la diosa Afrodita Cretense, la diosa africana de Malí y las diosas griegas Higea y Valetudo muestran cuerpos femeninos rodeados de serpientes, símbolo de la curación.

Las escuelas de medicina en la civilización egipcia estaban dirigidas por mujeres. María Isabel Yagüe relata en el texto Madres de la medicina: Un poco de historia, divulgado por la revista electrónica Verdemente en la edición del mes de febrero de 2003, disponible en <http://www.verdemente.com/Articulos/Historia/Madres%20de%20la%20medicina.htm>, que el papiro médico de Kahun (2500 años antes de Cristo) refleja

que habían mujeres especialistas en cirugía, ginecología y enfermedades de los huesos.

El cirujano Martín Duce señala que “con el desarrollo de la cultura griega, la enfermedad se conceptúa como algo natural, con lo que la medicina pasa del dominio de la magia al de la razón” (Martín Duce:2004:10).

En esta civilización antigua las féminas laboraban como médicas en templos habilitados como hospitales, pero posteriormente motivos políticos les prohibieron seguir ejerciendo. Sin embargo, en este contexto emerge la primera mujer con grado de médico.

La ateniense Agnodice, del siglo IV antes de Cristo, se disfrazó de hombre para poder estudiar medicina con el famoso doctor Herófilo en la Escuela de Alejandría y ejercer la carrera, especializándose en enfermedades de las mujeres y obstetricia, refiere el doctor Ceferino Alegría en el libro La mujer y la medicina (1974).

Alegría relata que los éxitos de Agnodice despertaron celos en sus colegas hombres, quienes la acusaron de pervertir a las mujeres. Al ser llevada a juicio y revelar su sexo fue perseguida y condenada a muerte, sentencia que fue abolida gracias a la intervención de las féminas y contribuyó a la aprobación de una ley que prohibía a los hombres ejercer como comadrones.

Durante la época romana la labor obstétrica de Filista y Lais, los escritos de Salpe de Lemnos sobre las patologías de los ojos, los de Metrodora referentes al útero, el estómago y los riñones, y los tratados de Aspasia en el siglo II, constituyeron importantes escritos médicos hasta el siglo XI. Asimismo, el Libro de medicina básica escrito por Hildegarda de Bingen se utilizó como manual en la escuela de medicina de Montpellier, explica Yagüe en su trabajo.

La labor de Cleopatra como estudiosa de la medicina con especialidad en venenos y antídotos fue reseñada por el doctor José María Vargas (citado en Alegría: 1974), quien expone que la reina del Antiguo Egipto conoció la toxicología y escribió sobre los padecimientos femeninos y los cosméticos.

La medicina del Cristianismo estuvo sellada por la presencia de mujeres matronas, enfermeras y diaconisas, hijas de familias distinguidas que como ocupación secundaria cuidaban a pobres y enfermos. Tales son los casos de la romana Fabiola, que fundó el primer hospital romano gratuito en su palacio, y de Santa Isabel de Hungría, patrona de la enfermería.

Martín Duce expone que la doctrina cristiana da a la tarea un enfoque humanitario, pensándola como una obra de misericordia basada en el amor y la fraternidad.

Al respecto, el cirujano señala:

La entrega a los demás es un deber de cualquier cristiano, hombre y mujer, por lo que la enfermería, concebida hasta entonces como un servicio doméstico o una ocupación de esclavos, se convierte en una vocación religiosa para ganar el cielo. Bajo estos postulados, en la época de la iglesia, surgen las primeras cuidadoras (11).

Una de las instituciones más importantes del siglo XI fue la Escuela de Salerno, ubicada en Italia, considerada la primera institución médica medieval. En su seno nacieron las Damas de Salerno, un grupo de mujeres que trabajaban como profesoras y estaban licenciadas en medicina.

Alegría (1974) puntualiza que los títulos profesionales de las féminas referían:

Puesto que las leyes permiten a las mujeres ejercer la profesión médica y puesto que, teniendo en cuenta además la pureza de la moral, son más aptas para el tratamiento de las enfermedades de su sexo, tras haber recibido su juramento de fidelidad, permitimos, etc. (33).

Las manos de Trótula de Salerno dirigieron este grupo de mujeres médicas, erigiéndose como la primera ginecóloga de la historia. Sus escritos sobre la natalidad e infertilidad fueron considerados avanzados para su tiempo, pues reflexionaban sobre la responsabilidad de las damas y los caballeros en la concepción.

## **Condenadas a ser pasivas**

La llegada de los siglos XII y XIII relegó a la mujer al papel de comadrona pues, con excepción de Italia, las puertas de las universidades estaban cerradas para las damas. Emilia Martínez Morante expone en el artículo Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en medicina (2008), publicado en la revista electrónica El Genio maligno, que el “triumfo de la revolución aristotélica” durante el Medioevo asienta el pensamiento que concebía a los hombres como seres superiores a las mujeres.

Martínez relata al respecto:

Los textos médicos se caracterizaban por: contemplar sólo la experiencia masculina como fuente de autoridad; promulgar la inferioridad y peligrosidad de la mujer; plantear cánones de belleza androcéntricos: centrar su discurso en la mujer fecunda, subordinada al hombre; y considerar que el útero condiciona el razonamiento, negando a las mujeres la posibilidad de un conocimiento verdadero (8).

El historiador Fernando Aranguren (2009) detalla que los hombres toman la medicina en la Edad Media, época en la que se impone la unidad cultural en torno a la religión cristiana, surgen naciones y las poblaciones comienzan a organizarse en reinos.

“El hombre sintió que tenía que arrebatarse la medicina a la mujer para quitarle poder. Las mujeres tenían el poder de la maternidad y la facultad

para sanar, entonces había que quitarles el poder de la curación para controlarlas. Así se crearon conceptos como el de brujería y las quemaduras de brujas, amparados en el patriarcado, que es la dominación de un género sobre otro”, dice.

La filosofía cristiana funcionó como catalizadora en la aceptación del pensamiento sexista. Santo Tomás de Aquino, declarado Doctor de la Iglesia en el año 1567, título con el que se le reconoce como maestro de la fe, pregona la inferioridad de la mujer en el tratado *Summa Theologiae* (1225 – 1274).

¿Debió o no debió ser hecha la mujer? ¿la mujer debió o no debió ser hecha del hombre? ¿la mujer fue o no fue hecha directamente por Dios? son algunas de las preguntas sobre las que reflexiona el teólogo.

El patrón de las universidades expone que:

La misma naturaleza dio al hombre más discernimiento (...) Fue conveniente que la mujer fuera formada de la costilla del varón. Primero, para dar a entender que entre ambos debe haber una unión social, pues la mujer no debe dominar al varón, por lo cual no fue formada de la cabeza (92).

La barrera que se creó alrededor de las instituciones científicas para impedir el ingreso de las féminas fue alzada sin enmascarar sus propósitos, pues las

garras de la ley deshilaron su legado médico y silenciaron sus capacidades, asegura Teresa Ortiz Gómez (2001).

“Que ninguna mujer practique la medicina, ni administre brebajes, bajo pena de ser azotada por la villa; pero que puedan cuidar de niños pequeños y mujeres, a quienes sin embargo no podrán administrar brebajes”, rezaba el acuerdo de las Cortes Valencianas, España, en 1329 (citado en Ortiz Gómez: 2001).

Según Aranguren (2009), con el establecimiento del patriarcado, sistema social que somete a las mujeres a la maternidad y reprime su sexualidad, empieza a desaparecer la memoria médica femenina.

“Los embarazos en la Prehistoria eran autónomos. La mujer paría en el agua o parada pero desde la Edad Media sólo un especialista puede traer un niño al mundo, y esto reforzó la idea de que un hombre tiene que dirigir la medicina, convirtiendo el embarazo en una enfermedad más controlada por doctores”, expresa el historiador y feminista.

De acuerdo con Martínez Morante, en el siglo XVII comienza a tomar forma el pensamiento científico moderno de Occidente. Se fundaron las primeras academias europeas de ciencias donde no estaban contemplados ingresos femeninos, impidiéndoles a las mujeres asistir sus propios cuerpos.

La investigadora señala que mientras más crecía el prestigio de la ciencia, menor era la participación de las damas. Poulain de la Barre (1673 citado en Martínez: 2003) defiende que no es la naturaleza la que subordina la mujer al hombre, sino la costumbre.

Cien años antes el escritor y filósofo alemán Agrippa Von Nettesheim planteaba en oposición al pensamiento de la época que “si la fuerza sola es la que da preeminencia, que los hombres cedan su lugar a los caballos, reconozcan como amos a sus bueyes y rindan pleitesía a los elefantes” (1532 citado en Schieninger: 2004: 35).

Las damas se vieron forzadas a disimular su interés por la medicina y a instruirse sobre su pasión de manera informal. Aunque podían apoyar a sus padres o esposos en trabajos científicos, el brillo de sus aportaciones fue opacado pues no se les permitía poseer propiedades.

Eulalia Pérez Sedeño advierte en el artículo Feminismo y estudios de ciencia, tecnología y sociedad: Nuevos retos, nuevas soluciones, publicado en el libro Interacciones ciencia y género (1999), que quienes recibían la gloria por los inventos de la época no eran sus creadores sino aquellos que detentaban fortuna para darles vida.

La utilización de metáforas como la platónica del “útero como animal en movimiento”, que suponía que la matriz danzaba por el cuerpo de la mujer

desencadenando enfermedades, sirvió para justificar su exclusión de la vida pública durante el siglo XVIII.

En esta época comienza a brotar el movimiento feminista, alzando la voz a favor de la educación y el voto de las damas. Sin adoptar aún la denominación, la corriente de pensamiento se va instalando en la mente de las mujeres, que toman conciencia de la opresión y explotación que sufren como grupo humano, relata Sau en el Diccionario ideológico feminista (2000).

### **Academia quimérica**

El cuerpo delgado que refugiaba la voz aguda de James Barry fue observado con desconfianza por la comunidad médica de la Universidad de Edimburgo en el año 1809, fecha en la que el joven comenzó a formarse en la profesión de las batas blancas.

Tres años más tarde, el doctor en ciencias médicas ejerce como cirujano militar en ciudad del Cabo, África, donde conquista enemigos al denunciar la forma como eran tratados los enfermos mentales y los leprosos, y procurar mejoras en la atención femenina, relata Erika Cervantes en el artículo Hacedoras de historia: James Miranda Stuart Barry, publicado en 2005 en el

portal web mexicano de Comunicación e Información de la Mujer (Cimac), disponible en <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05ene/s05013109.html> .

Su muerte en el año 1865, 12 meses después de su retiro profesional, marcó la historia de la medicina al revelar que bajo su traje se ocultaba una dama británica que se vistió de hombre para poder cumplir su vocación.

La Inglaterra del siglo XIX vio a Florence Nightingale enfrentarse a su familia y rechazar el destino que le imponía la sociedad, al decidir dedicarse a la asistencia de los enfermos.

En vez de casarse y formar una familia para cuidarla, Florence se instruyó en enfermería, una profesión considerada para pobres, en el Instituto de San Vicente de Paul en Alejandría, Egipto, y en el Instituto para Diaconisas Protestantes de Kaiserswerth, Alemania, y se entregó a aliviar las dolencias humanas, teniendo una destacada participación en la atención de heridos durante la Guerra de Crimea en 1854, cuando Gran Bretaña, Francia y Turquía peleaban contra Rusia.

El escritor estadounidense Henry Longfellow escribió en 1857 el poema Santa Filomena, en honor a la labor de Nightingale, considerada la madre de la enfermería moderna:

En aquella casa de aflicción  
veo una dama con una lámpara,  
pasa a través de las vacilantes tinieblas  
y se desliza de sala en sala.  
Y lentamente, como en un sueño de felicidad,  
el mudo paciente se vuelve a besar su sombra,  
cuando se proyecta en las oscuras paredes.

La historia del acceso femenino al saber médico calificado está preñada de muros, pues es a finales del siglo XIX cuando comienzan a abrirse los candados que restringían la entrada de las mujeres a las universidades europeas.

“Yo lanzo flechas en todas las direcciones sin saber a cuál le tocará el blanco” (Beauperthuy:1970:12), escribió la inglesa Elizabeth Blackwell en una carta a sus familiares donde relataba su peregrinación por varias escuelas médicas deseando ser aceptada.

Finalmente, en el año 1847 la ciudad de Nueva York la acoge en *The Geneva Medical School*, donde recibió su licencia en 1849, convirtiéndose en la primera mujer graduada como médico en Estados Unidos.

Teresa Ortiz Gómez refiere que aunque las puertas de las academias se abrieron para las damas, permanecieron los obstáculos impuestos por las sociedades médicas, impidiéndoles ejercer la profesión. “Se trataba de agrupaciones de larga tradición que habían sido claves en la construcción de una identidad profesional masculina, la presencia de las mujeres en ellas atentaba contra su misma esencia” (Ortiz:2001:63).

Argumentando que la llegada de las féminas desmejoraría el estatus y el salario de los médicos generales, la *British Medical Association*, fundada en el año 1856, frenó su incorporación hasta el año 1879.

La escuela de medicina de la Universidad de París, Francia, recibió a la enfermera británica Elizabeth Garrett Anderson en 1866, después de que las casas de estudio de su país le negaron el acceso. Tras recibir el título de médico en 1870, el Registro Médico Británico no reconoció la licencia francesa. Sin embargo, sus logros como cirujana le permitieron fundar una clínica para mujeres, presidir la *London School of Medicina for Women* (*Escuela de Londres de medicina para la mujer*) y ser la única fémina miembro de la *British Medical Association* durante 19 años.

Schiebinger comenta que “casi durante trescientos años, la única presencia femenina permanente en la *Royal Society of London for Improving Natural Knowledge* (*Sociedad Real para el Avance de la Ciencia Natural*) fue un esqueleto conservado en la colección anatómica” (Schiebinger:40), refiriéndose a que la institución, creada en el año 1662, sólo admitió féminas como miembros plenos en 1945.

Mala formación e incapacidad intelectual fueron los alegatos con los que los miembros de la *American Medical Association* (AMA) excluyeron a las damas

hasta el año 1915, obligándolas a formarse en centros de poco prestigio, reseña Ortiz.

Asimismo, la mayoría de los galenos asociados a la Sociedad de Ginecología Española votó en contra de Martina Castells cuando expresó su voluntad de unirse al círculo médico a finales del XIX, sólo por ser mujer (Álvarez Ricart, 1988, citado en Ortiz, 2001).

La aceptación de las damas en las organizaciones profesionales se impuso progresivamente por el aumento del número de médicas. Sin embargo, Ortiz refiere que la exclusión halló refugio en otros niveles, pues mientras las féminas inundaban la práctica asistencial, eran invisibles en los cargos de autoridad científica.

En contraste, se erigieron agrupaciones de mujeres expertas en salud, como la *Medical Women's Federation* y la *Association of Registered Woman* en Inglaterra, en el año 1879. En 1919, se fundó la *Medical Women International Association* y el *Medical Women's Hospital* para propiciar el intercambio profesional femenino, en una lucha por lograr la igualdad de oportunidades.

### **Primeras venezolanas con batas blancas**

La Venezuela del año 1910 vio a Virginia Pereira Álvarez convertirse en la primera mujer inscrita en la Universidad Central de Venezuela para cursar estudios médicos.

La joven, de 22 años de edad, se incorporó a la Facultad de Medicina de la casa de estudios seis décadas después de su fundación. El doctor Miguel González (2009), profesor de la cátedra de Historia de la Medicina de la UCV, relata que Pereira obtuvo notas sobresalientes por unanimidad en todas las asignaturas: Anatomía, Histología y Microbiología, y Física y Química Médicas.

“Virginia debió tener un carácter fantástico e impresionante. Nunca hubo una mujer estudiando medicina y la primera que ingresa es la mejor de todo el grupo, eso es llamativo”, comenta González (2009).

La formación de Pereira se vio truncada por el cierre de la UCV desde el año 1912 hasta 1922. La nativa de Ciudad Bolívar se marchó a estudiar al *Woman's Medical College of Pennsylvania*, Estados Unidos, y en 1929 conquistó el título de la primera venezolana graduada en medicina.

También en 1912, la italiana Dolores María Pianese de Esaá hizo la reválida del grado que le otorgó la Universidad de Nápoles en 1904, para que la UCV entregara por vez primera un diploma de médico a una dama.

18 años más tarde, Sara Bendaham Chocron se convirtió en la primera fémina que cursó seis años completos de medicina en su país. Burlas y humillaciones marcaron la carrera de la guatireña, quien no se atrevió a graduarse en el año 1930.

“Una persona de su promoción que ya falleció, me contó que una vez cuando Sara iba a sacar de su bolsillo el ticket del tranvía, lo que sacó fue el pene de un cadáver que le pusieron sus compañeros para ofenderla”, narra González (2009), profesor de la Facultad de Medicina de la UCV desde hace 30 años.

El año en que Sara debía recibir el título de doctor en Ciencias Médicas, la ucraniana Lya Imber de Coronil comenzó a formarse en medicina y en 1936 se convierte en la primera mujer médica que se gradúa en la UCV después de ver estudios completos. La acción de la pediatra llenó de valor a Sara Bendaham, quien decidió graduarse en 1939.

En el año 1940 comienza a aumentar el número de mujeres que se instruyen no sólo como médicas y cirujanas, sino también como farmacéuticas y odontólogas.

Seis mujeres se graduaron junto a la doctora Mary Zaitzman, ginecóloga del Centro Médico de Caracas, en la promoción de 90 médicos y médicas de julio de 1955. El Tomo III, volumen I, del libro Egresados de la Universidad

Central de Venezuela 1996 - 2003, revela que 48 años después un total de 172 mujeres y 81 hombres se congregaron en el Aula Magna para ser acreditados como médicos cirujanos.

### **Del silencio al estruendo**

Después de haber sido silenciada hasta la primera mitad del siglo XIX, hoy la voz femenina se escucha con fuerza en las universidades y en la práctica médica.

El doctor Miguel González (2009) refiere que en la Facultad de Medicina de la UCV de cada cinco estudiantes, cuatro son mujeres. “Es un efecto lógico y natural de la liberación femenina, pues se han eliminado tabúes sobre la capacidad de la mujer para ejercer”, opina el profesor de Historia de la medicina.

En entrevista personal, Isaac Mosquera (2009), neurólogo del Instituto de Neurología y Neurociencias Aplicadas (Innap) y especialista en el dolor, asegura que las féminas representan 90% de los estudiantes porque la profesión no produce económicamente. “Los hombres están buscando campo de trabajo en la ingeniería, u otras profesiones que dan más dinero”, dice.

El periodista científico español Gonzalo Casino expone en el artículo Feminización, publicado en el portal web de la revista de medicina y humanidades Jano, disponible en [http://www.jano.es/jano/ctl\\_servlet?f=400](http://www.jano.es/jano/ctl_servlet?f=400), que en los últimos 30 años el porcentaje de médicas estadounidenses en ejercicio aumentó del 13% al 46%. Agrega que de los 179.033 doctores colegiados en el año 2000, 38% eran mujeres y que en el año 2005 la presencia femenina alcanzó 75%.

Un estudio realizado en 2004 por la Dirección de Capacitación y Desarrollo de la Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, sobre la influencia del género en las universidades, revela que de las 3.400 personas que egresan anualmente de la Universidad de Buenos Aires (UBA), 64% son damas. Asimismo, advierte que 15% de los profesores regulares son mujeres, y que de los 73 profesores titulares, ocho son féminas.

La periodista española Isabel Perancho expone en el artículo Ellas pagan con su salud un ejercicio diseñado para hombres (2006), publicado en la página web del diario El Mundo, disponible en <http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2006/661/1146261606.html>, que 60% de los médicos colegiados a escala mundial son varones. Sin embargo, advierte que esta población está “envejecida”, pues por debajo de los 35 años de edad el número de médicas duplica al de médicos.

Perancho refiere que la proporción de mujeres y hombres en la profesión varía según las especialidades. Medicina interna, medicina de familia, ginecología y obstetricia, son las disciplinas controladas por las féminas, mientras que los caballeros prefieren la cirugía, la urología y la traumatología.

“Los doctores consideraban que la mujer no tenía ni la capacidad, ni el temple para realizar una cirugía. A mí no me dejaron hacer ni una, sólo participaba como ayudante, por esto soy ginecóloga clínica”, relata la doctora Mary Zaitzman (2009) en conversación personal.

“Una cirugía es mucho sacrificio para una mujer” y “una mujer no se puede ocupar de una cirugía porque tiene hijos que cuidar”, fueron algunos de los argumentos que escuchó Zaitzman por parte de sus colegas hombres.

La ginecóloga, quien fue coordinadora de la Sociedad Venezolana de Ginecología y Obstetricia (Svgo), dice que actualmente las mujeres representan 80% de las personas inscritas en los postgrados de ginecobstetricia y que todas tienen acceso a los quirófanos.

Alana Zanetti (2009), estudiante del primer año de la Facultad de Medicina de la UCV, refiere que 30% de los estudiantes de su salón son hombres y que existe cierta “discriminación” en cuanto a las ramas a ejercer por las mujeres. “No siento que esto se promueva desde la escuela, pero siempre se

burlan de mi cuando digo que quiero especializarme en traumatología o neurocirugía, pues hay muy pocas mujeres en esas áreas”, dice en entrevista personal la joven de 18 años.

La periodista española Mayka Sánchez refiere en el artículo Cuando el sexo marca la diferencia. La práctica clínica depende de si el paciente es hombre o mujer y varía entre médicos y médicas (2001) , publicado en el diario El País y disponible en [http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-diferencias\\_de\\_sex.html](http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-diferencias_de_sex.html), que la consolidación de especialidades médicas como masculinas o femeninas es el resultado del desarrollo de los procesos médicos que, dirigidos por hombres, atesoraron áreas “fuertes” como las quirúrgicas para los varones y asignaron a las damas aquellas que se consideraban menos trabajosas y más relacionadas con su naturaleza, como la pediatría, la medicina de familia y la psiquiatría.

Para Sánchez, el hecho de que la mayoría de los estudios clínicos, con excepción de los ginecológicos y obstétricos, se realizaran en hombres para luego trasladar los diagnósticos y los tratamientos a ambos sexos, implantó estereotipos en la investigación, la producción y la atención médica.

La manera en que la medicina ha abordado los cuerpos de las damas y los caballeros, sin reconocer la distancia que separa sus formas de vivir, enfermar y morir ha marcado con desaciertos el uso social y asistencial del

saber médico especializado que se traducen en riesgos de salud, haciendo necesaria la “discusión de cada engranaje del edificio científico” (Barral:1999:8).

### **CAPÍTULO III. DOS MANERAS DE ENFRENTAR LA SALUD: CÓMO VIVEN LA ENFERMEDAD ELLAS Y ELLOS**

Cuatro extremidades, posición erguida y un sistema neurológico capaz de razonar son algunas de las cualidades de la especie humana, que la distinguen de sus parientes en los peldaños inferiores de la escala evolutiva.

A simple vista el macho y la hembra homo sapiens no tienen mayores diferencias biológicas entre sí que las referentes al aparato reproductor y las derivadas de la silueta curvilínea de las mujeres o recta de los hombres. Sin embargo, la presencia de vagina o pene es sólo una de las desigualdades en la anatomía de féminas y caballeros, pues según el trabajo de ascenso presentado en 2005 por la doctora egresada de la Ucla, Olga Tovar, titulado Propuesta para la creación de la unidad de atención médica integral de la mujer en el departamento de medicina del Hospital Central Antonio María Pineda, el sistema cardiológico, el cerebro, el procesamiento de enzimas y algunas sustancias, la arquitectura ósea, la tolerancia al dolor, la fuerza física y el trabajo de las hormonas son piezas importantes del conjunto de diferencias biológicas existentes entre ambos sexos.

Sumado a estas diferencias físicas que no deben ser tomadas como las únicas explicaciones, las mujeres y los hombres poseen rasgos psicológicos distintos y han construido sus identidades posicionándose de manera

diferente en la sociedad, por lo cual sus roles y funciones en lo público aparte de ser disímiles, afectan de forma desigual sus vidas y la salud.

La interacción social de damas y caballeros está inserta dentro de dos estadios o momentos particulares. Como explica la licenciada en Terapia Ocupacional, Olga Lucía Roldán (2009), la esfera de la producción social, referente al espacio público y la esfera de la reproducción social, relacionada con el espacio privado, son vividas de manera diferente por los representantes de cada sexo. “Esas formas distintas de vivir en la producción y la reproducción social definen perfiles de vida, salud, enfermedad y muerte”, afirma Roldán.

### **Brechas naturales**

El aparato cardiovascular de hombres y mujeres difiere en cuanto a su tamaño y forma, siendo el corazón de las féminas más pequeño en relación al órgano del hombre que, por su parte, es más pesado. En su trabajo Olga Tovar (2005) expone que las mujeres poseen una frecuencia cardíaca más alta en reposo que los hombres, lo que se evidencia desde los cinco años de edad y se equipara progresivamente después de los 50 años.

Además, el corazón de los caballeros está provisto de más colaterales que el del sexo contrario, a razón de que los hombres generalmente realizan

mayor trabajo físico. La doctora Tovar explica en su investigación que el miocardio de las mujeres ante la demanda de mayor trabajo experimenta una hipertrofia concéntrica, es decir, aumenta el tamaño de la pared del músculo del corazón, sin presentarse un incremento en la cavidad del órgano, reacción que se observa en las personas que sufren de hipertensión arterial. Por el contrario, el corazón de los hombres sí ensancha su cavidad frente a los mismos estímulos físicos.

El estudio también plantea que el cerebro de hombres y mujeres es diferente. El de un varón adulto llega a pesar aproximadamente 1.400 gramos, mientras que el de una hembra adulta pesa alrededor de 1.250 gramos. Aunque posee menos masa y menor tamaño, el cerebro de las féminas tiene el cuerpo calloso más grande y está provisto de más neuronas y conexiones, por ello las mujeres son capaces de realizar con mayor facilidad varias actividades simultáneamente, al tiempo que los representantes del sexo masculino poseen más sustancia blanca, lo que los beneficia al ubicarse espacialmente, dar direcciones y medir distancias.

A través de las imágenes arrojadas por los estudios llevados a cabo por Canli y cols (citado en Tovar, 2005) ambos sexos viven las emociones de manera distinta. El cerebro de la mujer retiene con más facilidad los recuerdos de acontecimientos que tengan carga emotiva para ellas, mientras

que se constató que los hombres son capaces de resolver rompecabezas de estructura tridimensional con mayor audacia.

El doctor Jaime Moguilevsky, director del máster en Psiconeuroinmunoendocrinología de la Universidad Favaloro y profesor de Fisiología de la Universidad de Buenos Aires, expone en el artículo ¿La inteligencia tiene sexo? (2005), publicado en la revista electrónica argentina Revista Nueva y disponible en <http://www.revistanueva.com.ar/numeros/00710/nota05/> que el cerebro del hombre y el de la mujer comienzan a distinguirse cuando se produce la diferenciación del sistema nervioso central durante el proceso de gestación del embrión.

“Una vez que nacen, hay todo un sistema hormonal que estructura fundamentalmente lo que es el cerebro de cada uno. ¿Cuáles son las diferencias más importantes? En primer lugar, hay diferencias funcionales: la mujer tiene lo que se llama un centro ciclo, al que responden todos los mecanismos relacionados con la reproducción y se desarrolla alrededor de los 13 años. Existen también diferencias anatómicas, pero estas cuestiones no necesariamente están relacionadas con el funcionamiento de la inteligencia o de la forma de ser de cada individuo”, apunta Moguilevsky.

El estudio de Tovar señala que en la composición ósea también se observan diferencias importantes en los dos sexos, pues la capacidad para crear masa ósea en las mujeres termina a los 20 años, mientras que para los hombres se puede extender alrededor de seis años más. Cada año hombres y mujeres pierden alrededor de 1% a 2% de la composición total, sin embargo, las féminas aceleran esta pérdida con la llegada de la menopausia, cuyo origen está relacionado con la caída de los niveles de estrógenos en el organismo.

Esta pérdida de masa ósea femenina puede derivar en la aparición de la osteoporosis, que disminuye la fuerza y altera la composición de los huesos haciéndolos susceptibles a fracturas.

Según Tovar (2005), la prominencia de estrógenos en el cuerpo femenino estimula la inmunidad humoral y celular, mientras que la testosterona, hormona presente en la anatomía masculina, deprime la inmunidad, por ello las mujeres son capaces de elaborar una reacción inmunitaria más fuerte frente a posibles invasores o agentes extraños y sufrir en consecuencia más enfermedades autoinmunes, como los padecimientos reumáticos, el asma, la esclerosis múltiple y los trastornos de la tiroides.

La autora también indica que tal como ocurre con el corazón y el cerebro, los pulmones de las mujeres son de menor tamaño en relación a los del sexo contrario. Por esta razón el pulmón femenino es acreedor de una ventilación

mayor por minuto y de volúmenes corrientes más bajos que el órgano masculino.

El artículo *El cáncer de pulmón no afecta igual a hombres y mujeres* (2004), publicado en la versión electrónica del periódico argentino *La Nación* y disponible en [http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota\\_id=592485](http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=592485), refiere que un estudio presentado por el neumonólogo y epidemiólogo Peter Bach del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* de Manhattan, Estados Unidos, revela que la diferencia de los pulmones entre mujeres y hombres hace posible que las damas presenten más daño genético en ellos a causa del tabaco, que desde hace algunos años es consumido sin discriminación por ambos sexos. De igual manera en los pulmones de las portadoras del cromosoma XX, la nicotina actúa de forma más activa, lo que las predispone a sufrir de cáncer de pulmón, aún cuando tengan menos exposición a la sustancia que los caballeros. Estudios advierten que para una misma cantidad de tabaco, la mujer corre un riesgo de 20% a 70% mayor que el hombre de desarrollar esta enfermedad.

Aún en la resistencia al dolor hay distinciones entre mujeres y hombres. En un estudio realizado en la Universidad de Bath, Inglaterra, en 2005, y reseñado en el artículo *¿De qué enferman las mujeres?* (2006), publicado en la revista española *Muy Interesante*, participaron 50 voluntarios de los dos sexos, para comprobar que los hombres tienen mayor tolerancia a los

dolores externos, al aguantar durante mayor tiempo el colocar sus brazos en agua hirviendo y posteriormente en el líquido helado.

En la misma publicación se destaca que las mujeres resultan más resistentes cuando se trata de dolores internos, no en vano soportan las contracciones del parto cuando están en estado de gravidez. Un estudio publicado anteriormente en la revista científica *Annals Of Internal Medicine* en 2006, había advertido que ante el dolor las zonas cerebrales estimuladas de hombres y mujeres eran distintas y que la producción de sustancias analgésicas para soportarlo, también ocurría de maneras diferentes.

El neurólogo del Innap, Isaac Mosquera (2009), afirma que el hombre generalmente resiste más el dolor que la mujer debido a que suelen practicar más ejercicio físico, por lo que mantienen un mayor nivel de endorfinas circulantes a diferencia de las féminas.

Siempre se ha dicho que los hombres son más fuertes físicamente que las mujeres. Existen diferencias en cuanto al tejido muscular, la diferencia de los músculos y su inserción, la cantidad muscular y la potencia de la fuerza que hacen que generalmente los caballeros tengan más fuerza para el trabajo físico, según asegura el antropólogo físico Ángel Reyes (2009), quien reconoce que esta explicación biológica puede ser modificable si la mujer se entrena y aumenta su masa muscular.

Investigaciones revelan que la predisposición de los sexos a contraer un tipo de enfermedades específicas y a ser más fuerte frente a otras, tiene que ver con la carga cromosómica que cada uno posee. Así lo determina la doctora Bárbara Migeon, profesora de la Universidad Johns Hopkins de Estados Unidos, en el artículo Ventaja del factor X en la edición del 22 de marzo de 2006 del *Journal of the American Medical Association*, donde plantea que el cromosoma Y presente en el par de células XY del hombre posee menos de un centenar de genes, mientras que el X perteneciente al juego de células XX de la mujer, reúne a más de mil genes.

La falta de una copia del cromosoma X, hace que los varones sean más vulnerables a sufrir trastornos genéticos, debido a que la mayor presencia de genes de la célula X, permite reemplazar las funciones de la otra célula en caso de que se atrofie o deje de trabajar. Al fallar una de las células en el par XY, la Y no es capaz de desempeñar las actividades del otro integrante del juego de células, por lo que generalmente los niños tienen más posibilidades de padecer infecciones bacterianas que las niñas.

Esta protección de la célula X también tiene sus consecuencias. Migeon relata que la compañía de dos tipos de células XX suele estar asociada con la alta incidencia de enfermedades autoinmunes en las féminas como el lupus, la artritis, fibromialgia y la esclerosis múltiple.

Todas estas diferencias originadas por el sexo y que hacen biológicamente diferentes en algunos aspectos al hombre y a la mujer, no deben ser tomadas como las únicas vías para entender las distinciones entre ambos. Las condiciones sociales, el componente psicológico y los roles ejercidos por cada género, son fundamentales a la hora de diferenciar a la mujer y al hombre para atender sus disimilitudes sin crear desigualdades a raíz del determinante biológico, como alega en entrevista personal, María Elena Riera (2009), psiquiatra y profesora de la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Ucla.

La predisposición a ciertas enfermedades y cómo éstas se manifiestan de manera distinta en mujeres y hombres, son temas que cobran cada vez más fuerza en la medicina, por lo que ya se tiene evidencia de los comportamientos asimétricos de algunas patologías comunes en ambos sexos.

Las revelaciones que se desprenden de los estudios anteriormente mencionados, hacen que se plantee una nueva manera de atender la salud de los hombres y las mujeres, tomando en cuenta las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales que los hacen vulnerables a ciertas enfermedades.

La alta incidencia de patologías como la osteoporosis y la fibromialgia en las féminas y la preferencia de la hipertensión arterial y el mal de Duchenne por los caballeros, demostrarían la necesidad de pensar una atención médica especial que considere las diferencias de sexo y género.

### **Fibromialgia: Laberinto del dolor femenino**

Es considerada una patología crónica que se caracteriza por la presencia de dolor agudo en varias zonas del cuerpo y la continua sensación de cansancio y fatiga, a raíz del daño de los moduladores del dolor en el organismo.

El cuello, hombros, espalda, brazos, cadera y piernas son los principales focos de dolor en este padecimiento, que fue acuñado con el término de fibromialgia en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a pesar de que anteriormente era considerada una enfermedad reumatológica denominada fibrositis.

Nueve de cada diez pacientes diagnosticados con fibromialgia son mujeres, generalmente en la quinta década de la vida. Hasta el momento se desconoce la causa de esta enfermedad, que según los estudios de Migeon (2006) sobre los cromosomas XX y XY, como la mayoría de los padecimientos autoinmunes, está relacionada con la capacidad del sistema

inmunológico de la mujer de elaborar respuestas más agresivas contra supuestos agresores.

El trastorno del sueño y el estrés también son factores importantes en la aparición de la fibromialgia, como refiere el neurólogo Isaac Mosquera (2009). El especialista en dolor explica que generalmente a partir del primer embarazo las mujeres, debido a las labores maternas nocturnas, comienzan a trastocar el horario del sueño, que en un adulto deben ser mínimo cuatro horas. Al disminuir el descanso y aumentar el estado de interalerta por estar pendiente del recién nacido, también descienden los neurotransmisores cerebrales, especialmente la serotonina, por lo que se aumentan las probabilidades de desarrollar este padecimiento.

Frecuentemente las mujeres y los hombres diagnosticados con fibromialgia son personas sumamente activas. El doctor mexicano Manuel Martínez Lavín, en entrevista concedida a El Nacional.com publicada el 11 de diciembre de 2008 y disponible en [http://el-nacional.com/www/site/p\\_contenido.php?q=nodo/27535/CienciayBienestar/Una-disfunci%C3%B3n-en-el-sistema-nervioso-causa-el-dolor-de-la-fibromialgia](http://el-nacional.com/www/site/p_contenido.php?q=nodo/27535/CienciayBienestar/Una-disfunci%C3%B3n-en-el-sistema-nervioso-causa-el-dolor-de-la-fibromialgia) reveló que los pacientes con esta enfermedad que sufrió la pintora Frida Kahlo a raíz de un accidente de tránsito, producen adrenalina en exceso, lo que afecta a las terminales nerviosas que transmiten el dolor

ubicadas en la columna vertebral y además, impide que las personas puedan dormir y descansar para aliviar la tensión.

Lavín, considerado una autoridad en este padecimiento que no está incluido todavía en la lista de enfermedades y proyectos del portal web de la OMS en español, atribuye a los métodos de la medicina tradicional el hecho de que no existan técnicas de comprobación y descarte de la fibromialgia, como sí se usan exámenes de sangre, orina, radiografías, entre otras pruebas para ofrecer un diagnóstico en otros problemas de salud.

“La medicina actual ve al cuerpo como una gran maquinaria y a la enfermedad como una descompostura de un engrane de esa gran maquinaria”, sentencia el especialista, quien asegura que la fibromialgia es una enfermedad más compleja porque la afectación no ocurre a nivel estructural, sino en el funcionamiento de los sistemas de adaptación internas del cuerpo.

Por ser un síndrome descubierto relativamente hace poco, a pesar de que lo padece aproximadamente 3% de la población mundial, los enfermos de fibromialgia son incomprendidos por los familiares y personas que los rodean en el espacio académico y laboral. Tal como ocurre con los pacientes de otros padecimientos crónicos, quienes sufren de fibromialgia no gozan de la comprensión ajena, pues además la enfermedad no presenta síntomas

“socialmente visibles”, no es una condición que conduzca a la muerte y sólo está presente para quien la sufra.

Esto lo entendió Regina Romero, cuando a los 25 años fue diagnosticada con fibromialgia. El dolor muscular generalizado que no se aliviaba con ningún medicamento y la sensación de pinchazos en toda la piel, la hicieron ir a un reumatólogo, quien después de descartar lupus y artritis, consiguió la causa del mal que la aquejaba.

Antes de saber que vivía con fibromialgia y aún después de ser tratada, algunas personas no comprendían el fuerte dolor que en ocasiones le impedía caminar, o realizar cualquier movimiento habitual. Romero argumenta que el hecho de que sea una enfermedad recién admitida por la OMS como tal y que las mujeres sean más susceptibles de sufrirla, colabora en la visión errada que tiene la sociedad, al considerar este padecimiento como un desbarajuste hormonal de histeria femenina.

Por esta razón, quienes son diagnosticados con fibromialgia generalmente son víctimas de la incompreensión, pues no siempre los familiares, amigos, compañeros de trabajos, etc. entienden la magnitud del dolor y la huella invisible que deja esta acompañante.

Romero recuerda que en el momento en el que se enteró de la presencia de la fibromialgia en su organismo, el médico tratante le advirtió que aunque no

existía cura, el cambio de los patrones de vida podía disminuir el paso de la enfermedad.

Respetar las horas de sueño, mantener a raya el estrés, evitar la sobrecarga de responsabilidades y las actividades físicas que requieran de mucho esfuerzo, son algunas de las nuevas pautas que rigen la vida de la joven de 27 años, para quien el no poder hacer las labores a las que estaba acostumbrada anteriormente, el cansancio y la “incomprensión de la gente que no entiende que a veces no te puedes parar de la cama”, son el trago más amargo de la fibromialgia.

Según el doctor mexicano, el tratamiento actual más efectivo para esta enfermedad es el que se plantea desde un enfoque holista, que reconoce al paciente como un todo biológico, psicológico y social donde se incluya a un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud que sepan atender todas los síntomas y repercusiones de la enfermedad. El tratamiento debe estar acompañado de un cambio de vida del paciente, pues los hábitos y las conductas sociales tienen mucha responsabilidad en el diagnóstico y evolución del mal.

## **VIH – Sida: ¿Feminización de una pandemia?**

Todavía no se atreve a dar su nombre cuando es entrevistado. Prefiere ser llamado Juan y mantenerse en la clandestinidad como las más de 33 millones de personas seropositivas que se cuentan en el mundo para el año 2009 y que en su mayoría son habitantes de regiones deprimidas económicamente como África y Sur América, según los datos de la OMS.

Fue hace ocho años cuando le diagnosticaron la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en su organismo. El nativo del oriente del país tuvo que comunicar la noticia a su esposa, a quien le había sido infiel en una aventura pasajera durante un viaje de trabajo.

Él de 36 años para el momento y su mujer de 31, formaban parte de las cifras no precisadas de casos de VIH- Sida en el país. Después de pasar por momentos de discusiones y fuertes depresiones, ambos tomaron la decisión de acudir al control médico y se hicieron miembros de una organización local que atiende y da apoyo psicológico a quienes contraen el virus, cuya manera de transmisión más común es la sexual, pero que también puede llegar al torrente sanguíneo a través de transfusiones de sangre y el uso de jeringas infectadas.

“El momento fue duro, pero me llené de valentía y después de un mes en el que había perdido todas las esperanzas, fuimos al médico y empezamos a

tratarnos con una terapia antirretroviral que recibimos gratuitamente a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Protección Social (Mpps)”, dice quien en la actualidad es sostén económico de su hogar y continúa compartiendo la vida con su esposa.

La OMS en el artículo *Mujeres y Sida ¿nos has escuchado hoy?* (2004) disponible en <http://www.who.int/features/2004/aids/es/index.html> indica que los datos más recientes publicados en 2007, demuestran que las mujeres representan 50,2% de las personas que viven con el virus en la actualidad, aún cuando anteriormente la enfermedad tenía poca preferencia por las representantes del sexo femenino y se creía que era un padecimiento casi exclusivo de los hombres homosexuales.

El texto señala que desde el punto de vista físico las mujeres están más propensas a contraer VIH- Sida debido a la gran concentración del virus en el semen del hombre y a la fragilidad de la mucosa femenina, situación que se refuerza con la violencia de género de la que las damas son víctimas, si se toma en cuenta que la primera relación sexual de muchas de ellas es obligada. En Venezuela para 1995 se registraron alrededor de 75.000 violaciones sexuales contra mujeres criollas, según una proyección de los datos estadísticos recogidos por la Comisión Bicameral del Congreso de la República y disponible en <http://www.isis.cl/temas/vi/dicenque.htm#ven>

El aumento de la presencia del virus en las representantes del sexo femenino, ha sido desencadenado por factores sociales. El hecho de que los hombres hayan sido criados bajo la noción del derecho a tener múltiples parejas sin rechazar el ofrecimiento sexual de una mujer para no ser tildados de homosexuales, es causante de la irresponsabilidad con la que generalmente actúan frente a la sexualidad, tal como afirma en conversación personal la psicóloga social de Plafam, Ana María Aguirre (2009).

Para la profesional egresada de la UCV, esta conducta ha contribuido a que el hombre no use el preservativo, método anticonceptivo por excelencia para evitar el contagio del VIH-Sida, por considerar que le resta placer y hombría. De allí que los caballeros se sientan apoyados para tener diversas parejas sexuales a la vez y sin ningún tipo de protección, contagiándose y transmitiendo el virus a su pareja estable.

Fue así como la esposa de Juan y Phala, habitante de una población de Camboya entrevistada en el reportaje *Mujeres y Sida ¿nos has escuchado hoy?*, fueron infectadas con el virus por sus maridos. La historia debió repetirse en muchos hogares en todas las latitudes mundiales desde que en 1981 se registraron los dos primeros casos en Estados Unidos y a partir de 1983 la enfermedad encontró nido en América Latina.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) en el artículo *La feminización del Vih- Sida* (2005) disponible en [http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch4/chap4\\_page1.htm](http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch4/chap4_page1.htm) reseña que los factores socio culturales del género femenino, lo predisponen a contraer esta enfermedad que cada vez más se trasmite en parejas heterosexuales, generalmente en el marco del matrimonio, pues son las mujeres quienes frecuentemente sufren del abuso sexual y de la infidelidad de sus compañeros.

Por esta razón la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el artículo *Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres* (2009) disponible en [http://www.acsol.org/archivos/biblioteca/poxqf\\_qcxqx\\_VIHVCMES09.pdf](http://www.acsol.org/archivos/biblioteca/poxqf_qcxqx_VIHVCMES09.pdf), señalan que para darle un freno al virus se hace imprescindible detener la violencia en contra de las damas, debido a que esta acción permitirá que el contagio siga propagándose vertiginosamente, al tomar en cuenta que son las representantes del sexo femenino quienes están aumentando las cifras del VIH – Sida en el mundo.

En América Latina, según los datos de *La hoja informativa* (2007) de ONU Sida disponible en [http://www.cinu.org.mx/onusida2008/index.php?option=com\\_docman&task=d](http://www.cinu.org.mx/onusida2008/index.php?option=com_docman&task=d)

oc\_view&gid=71&tmpl=component&format=raw&Itemid=30, se han contabilizado alrededor de 1, 7 millones de personas con la enfermedad. Sin embargo, en el documento no se presentan cifras relacionadas a la situación del virus en Venezuela.

Para la decimoséptima Conferencia Mundial del VIH- Sida, Venezuela no presentó el registro del virus en tierras nacionales, así como aparece sin datos sobre el uso de anticonceptivos en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009 presentadas por la OMS.

Según el Anuario de Mortalidad (2006) del Mpps, en el país fallecieron 1.567 personas a causa del VIH- Sida. La organización Stop VIH que funciona en el estado Nueva Esparta, maneja cifras que indican que en esta parte del territorio nacional habitan 1.372 personas con VIH- Sida.

Jhonathan Rodríguez (2007), presidente de Stop VIH, explica en entrevista telefónica que el virus ha conseguido asilo en la entidad debido a su condición de isla, que implica la confluencia de numerosos turistas cuyo deseo de liberación y relajación los lleva equivocadamente a mantener relaciones sexuales desprotegidas. De igual manera, el estilo de vida de los pescadores nativos ha incrementado el número de casos en Nueva Esparta, pues mientras trabajan pasan meses en diversas poblaciones donde

mantienen relaciones sexuales y después al retornar al hogar, contagian a sus esposas y parejas fijas con el virus.

Contrario a lo que comúnmente se piensa, VIH no es sinónimo de muerte. Actualmente el tratamiento con antirretrovirales, que desde 1999 el Mpps suministra de manera gratuita, garantiza una vida afectiva, sexual, laboral, académica y familiar plena, sin mayores diferencias a la de una persona que no viva con el virus, según explica en entrevista personal María Graciela López (2007), doctora adjunta de la Unidad de Infectología del Hospital de Niños J. M de los Ríos.

A pesar de no demostrar síntomas aparentes, el VIH se puede transmitir de una persona a otra a través de la sangre (incluyendo la de la menstruación), el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Estas sustancias tienen que entrar en contacto con el torrente sanguíneo de la persona sana para que el virus pueda alojarse en el organismo, es por esto que las relaciones sexuales desprotegidas, el uso compartido de inyecciones, la lactancia materna en caso de que la mujer sea portadora del VIH, son algunas de las formas en las que esta enfermedad puede transmitirse.

El VIH sólo puede entrar a la circulación sanguínea a través de heridas en la piel, o al estar en contacto con las membranas mucosas de los genitales y el ano. La saliva, el sudor, las heces, la orina o las lágrimas no son fluidos

favorables para la aparición del VIH, como se denomina al virus que provoca la depresión del sistema inmunitario, encargado de luchar en contra de las infecciones y agentes extraños que desmejoran el estado de bienestar del organismo.

Este término no debe confundirse con Sida que es la fase más avanzada de la enfermedad, donde la protección inmunológica se encuentra seriamente comprometida y los agentes infecciosos se aprovechan para anidar en el cuerpo. Las nuevas terapias antirretrovirales evitan que el virus se fortalezca y avance rápidamente hacia el último estado, lo que derriba la asociación de VIH con muerte.

Eso lo entendió Juan Gutiérrez cuando a los 30 años se hizo pareja de un hombre dos años mayor que él y portador del VIH. Desde que empezaron a salir, él no le ocultó nada a Gutiérrez. Se había contagiado dos años antes y desde ese entonces estaba bajo control médico para mantener fuerte el sistema inmunológico y evitar recaídas.

“Él me hizo ver que era algo complicado pero que tampoco era cuestión de morirse, sino de que ambos tuviésemos los cuidados necesarios”, dice Gutiérrez, quien garantiza que la vida de pareja de ellos dos es igual a la de cualquier otra.

Para Gutiérrez lo más difícil de vivir con VIH es el rechazo de los demás y quitarse el estigma de que los homosexuales son los únicos que pueden padecer esta enfermedad. A pesar de no tener el virus, convive con el diariamente y considera que su vida ha cambiado únicamente en los cuidados para evitar la transmisión del virus y en cómo la valora.

### **Osteoporosis, pérdida silenciosa**

Cada mañana, Matilde López de Medina se despierta a las seis y media de la mañana para salir a caminar en horas tempranas en los alrededores de su urbanización. Ella, casada y madre de cuatro adultos, sigue las instrucciones de su médico de cabecera, quien desde hace cinco años le diagnosticó osteoporosis cuando cumplía las 64 primaveras, luego de haber sufrido una fractura en la muñeca.

Desde entonces toma grageas de calcio y tiene recomendado consumir alimentos ricos en el mineral, a fin de fortalecer los huesos. Nunca se había preocupado por hacer ejercicios, pues tampoco sus actividades diarias de profesional de la Educación y como madre, le permitían ocuparse en otras labores.

Su esposo, tres años mayor que ella, hasta el momento no se ha quejado de los fuertes dolores ocasionados por el debilitamiento de los huesos. Él

aparte de ser administrador de empresas, practicaba softbol todos los fines de semana con sus compañeros de trabajo.

Matilde es una de las ocho mujeres que sufre de osteoporosis por cada diez pacientes diagnosticados. La patología se presenta generalmente en la etapa de la menopausia, debido a la reducción de los estrógenos que ayudan a la síntesis del calcio en el organismo. Esta prevalencia de las féminas en la pérdida gradual de la masa ósea es reflejo no sólo de la disminución de los niveles hormonales al llegar al climaterio, sino también a que las damas pierden la capacidad de crear estructura ósea a los 20 años de edad, mientras que los caballeros tardan alrededor de seis años más en abortar esta tarea.

Además, la raza blanca está más predispuesta a padecer este desgaste de los huesos, mientras que los negros son más resistentes a la descalcificación provocada por la osteoporosis, según información publicada en 2008 en el portal web del Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Muscoesqueléticas y de la Piel, de los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos (NIH, por sus siglas en inglés). Otros factores de riesgo importantes para la aparición de este padecimiento es la herencia que supone entre 60% y 70% de los casos y el tabaquismo, debido a que acelera el proceso de la reducción de la masa ósea.

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la pérdida de la masa ósea, lo que puede derivar en una disminución de la densidad de los huesos. El soporte rígido del cuerpo que le da la forma a la anatomía humana, va deshaciéndose del calcio progresivamente, causando daños en su estructura y haciéndolo frágil.

Los huesos de las vértebras, brazos, piernas y cadera son los que generalmente están más expuestos a sufrir mayor descalcificación al presentarse este problema de salud, que de complicarse puede causar fracturas de realizar actividades cotidianas como levantarse de la cama o agacharse a recoger algo del piso.

Según la *International Osteoporosis Foundation* (IOF, por sus siglas en inglés), no existen síntomas que logren dar pistas sobre el deterioro silencioso que sufren los huesos, siendo la primera fractura la evidencia clave para sospechar de su presencia.

El diagnóstico de esta afección se realiza cuando la masa ósea se reduce aproximadamente 30% en relación a los valores normales alcanzados hasta los 35 años de edad. La densimetría ósea, que consiste en una radiación de rayos x para medir la estructura esquelética, es la manera en la que se puede saber la llegada de esta enfermedad.

## **Cuerpo abatido por las emociones**

Una de cada 20 personas sufre de depresión y de ellas, las mujeres tienen entre dos y tres veces más de posibilidades de desarrollar este trastorno mental, que según la OMS afecta aproximadamente a 121.000.000 de personas en el mundo.

La predisposición de las damas a desarrollar este padecimiento, está relacionada con “el rol tradicional de la mujer que la expone a tener doble o triple jornada laboral, lo que va en perjuicio de su salud mental”, asegura la psiquiatra María Elena Riera (2009).

Por haber asumido labores del espacio público, la mujer ahora debe lidiar con el cuidado del hogar más las actividades que suponen la profesión y el sustento económico, estrés que pasa factura al hacerse cargo de cada vez más responsabilidades que la agotan y afectan su vida emocional.

La especialista, egresada de la maestría Desarrollo Integral de la Mujer de la Ucla, explica que aunque es posible que la mayoría de las personas se hayan deprimido en algún momento por una situación en particular, la depresión es diagnosticada sólo cuando la melancolía, tristeza y desánimo característicos de esta enfermedad interfieren en la vida diaria y se vuelven costumbre por un período prolongado.

Problemas familiares, laborales, académicos, la pérdida de un ser querido, el término de una relación amorosa, o una situación económica angustiantes, pueden ser algunos factores desencadenantes de este trastorno que podría ser la segunda causa de incapacidad para el año 2020, según la OMS y cuyo diagnóstico está asociado a razones genéticas, psicológicas y ambientales.

En el portal web de la Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana, disponible en <http://www.depresion.psicomag.com/> y dirigido por el doctor argentino Ricardo Rozados, se expone que la depresión tiene cuatro expresiones claves para su diagnóstico. La primera es el ánimo depresivo que se caracteriza por la constante amargura, tristeza, pesimismo y obstinación que pueden combinarse con cefaleas e hipocondría. La anergia es la segunda manifestación caracterizada por la falta de iniciativas, el aburrimiento, la apatía y la notable disminución de la libido sexual

Estas cualidades desencadenan otro rostro del trastorno que tiene que ver con la discomunicación, que se trata del retraimiento social, el aislamiento y la pérdida de comunicación con otros seres humanos. El último síntoma a considerar para diagnosticar esta enfermedad es la ritmopatía, es decir la modificación de los patrones de vida y la alteración de los ritmos habituales con respecto al sueño, la alimentación, entre otros procesos biológicos.

Algunos de estos síntomas fueron advertidos por Marianela Álvarez en su madre de 59 años, cuando su primogénito, Álvaro, falleció en un accidente de tránsito. Según su hija, después del incidente Alicia Rodríguez quedó muy afectada. Comenzó a tener serias alteraciones en el sueño, pues dormía durante todo el día y en las noches se mantenía despierta, por lo que las ojeras y los dolores de cabeza se hicieron sus compañeras fieles.

Álvarez pensó que se trataba de una situación temporal ocasionada por el duelo. Sin embargo, comenzó a angustiarse cuando su madre no mejoraba y por el contrario, parecía estar más triste siete meses después del accidente. No quería salir, comer, ni hablar con el resto de sus familiares y repetía constantemente no tener motivos para seguir viviendo.

Ante tal situación, Marianela y su padre decidieron acudir a un especialista, quien después de hablar y tratar a Alicia, reconoció la presencia del trastorno del que todos sospechaban. A través de la terapia y el tratamiento con algunos fármacos, Alicia pudo recuperarse, aceptar la pérdida de su hijo y aliviar los síntomas de esta enfermedad que según la OMS sólo es atendida en menos de 25% de los pacientes.

## **Un mal “motor”**

Isaac Mosquera (2009), neurólogo del Innap, asegura que en su consulta diaria es más frecuente la visita de pacientes mujeres diagnosticadas con el mal de Parkinson que hombres con el mismo trastorno cerebral, que afecta los procesos motores, el movimiento y la coordinación.

Sin embargo, las cifras que maneja el especialista difieren de los estudios realizados en 2004 por un equipo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Virginia de Estados Unidos, que determinó que los representantes del sexo masculino tienen 1,5 mayor posibilidad de desarrollar este padecimiento, aún cuando sean las féminas quienes más asistan a consulta médica.

Para los científicos de la Universidad de Virginia, esta predisposición de los hombres para sufrir la enfermedad que aquejó al Papa Juan Pablo II, se debe posiblemente a la mayor exposición que los portadores del cromosoma XY tienen frente a tóxicos y químicos, así como a tener heridas en la cabeza.

Los continuos temblores, problemas motores, rigidez al caminar, la pérdida del equilibrio y de la expresión facial, trastornos de sueño, alteración cognitiva y depresión, suelen ser las manifestaciones típicas de esta enfermedad que, según la OMS afecta alrededor de dos millones de

personas en el mundo y es el segundo trastorno neurológico en personas mayores de 65 años.

El mal de Parkinson es considerado una enfermedad multifactorial de la que aún no se conoce causa específica, pero se sabe que es provocada por la falta de dopamina, una sustancia que permite la movilización muscular voluntaria.

Descubierto por el médico James Parkinson en 1817, este trastorno es diagnosticado gracias a la historia familiar, un examen físico exhaustivo, un examen neurológico y una prueba de reflejos. El tratamiento comprende la administración de medicamentos para controlar los síntomas y suplir las funciones de la dopamina en el cerebro, debido a que no existe cura para esta afección.

### **ACV: Sombras imprevistas**

Una fuerte discusión con su hija adolescente de 16 años de edad, le provocó un accidente cerebrovascular (ACV). Al momento, Ana Larrazabal no entendió por qué la voz no le salía, ni la razón por la que no podía mover la parte derecha de su cuerpo, que quedó inmovilizada por casi seis meses.

El médico de la emergencia donde fue atendida le diagnosticó un ictus cerebral y aunque había escuchado el término ACV anteriormente, no sabía a ciencia cierta de qué trataba y mucho menos se hubiese imaginado ser víctima de uno, pues se consideraba joven para sufrir estos accidentes.

Después de cuatro días hospitalizada fue dada de alta, pero llevó a su hogar el tratamiento y la indicación de recibir rehabilitación para recuperar la movilidad restringida de su cuerpo. La posibilidad de que el incidente repitiese se mantuvo latente durante algún tiempo después y todavía es motivo de preocupación para Ana, quien evita alterarse y mantiene en control su presión arterial para impedir un nuevo ataque.

El infarto cerebral, también llamado ictus, apoplejía o derrame, es la tercera causa de muerte en las personas de la tercera edad y es ocasionado por el cese del riego cerebral, es decir la falta del paso de oxígeno y glucosa para continuar ejerciendo las funciones vitales. Cada vez que ocurre este paro del suministro del oxígeno y la glucosa, mueren neuronas y se producen lesiones que pueden afectar la movilidad y otros procesos motores.

Durante la Conferencia Internacional sobre ACV 2009 celebrada en San Diego, Estados Unidos, se puso en manifiesto que las mujeres además de demorar más en ir a la atención médica al ser víctimas de un evento cerebral,

son más susceptibles a sufrir deficiencias neurológicas más graves provocadas por el ictus.

La doctora Louise McCullough, de la *University of Connecticut* de Estados Unidos, advirtió en la mencionada conferencia que aunque en apariencia el hombre tenía mayor riesgo de sufrir un infarto cerebral, gran parte de los fallecimientos ocasionados por este problema de salud durante el año 2004 fueron de mujeres (60,9% frente a 39,1% de hombres).

Generalmente los síntomas aparecen abruptamente y sin aviso, sólo el diagnóstico médico da la seguridad de estar ante la presencia de este padecimiento que puede ser isquémico en 80% de los casos (cuando una arteria es obstruida por un coágulo de sangre), o hemorrágico (cuando se rompe un vaso sanguíneo y se produce una hemorragia).

Según datos colgados en el sitio web del *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (Ninds, por sus siglas en inglés) disponible en <http://www.ninds.nih.gov/> , sólo 3% de los pacientes que padecen una apoplejía tendrá otro incidente a los 30 días de haber sufrido el primero, mientras que 25% pueden desarrollar otra lesión cerebral en un período de cinco años.

El raciocinio, el habla, la visión y la coordinación motora pueden afectarse tras el paso de un accidente cerebrovascular que tiene un costo total

aproximado de 43 billones de dólares al año en Estados Unidos, pues aunque la lesión ocurre en el cerebro es éste el órgano que controla los procesos mecánicos y biológicos del organismo. Estudios revelan que con cada ataque recurrente se aumentan las posibilidades de muerte y de sufrir incapacidades severas.

Según el Anuario 2006 de Mortalidad del Mpps, en Venezuela murieron 4.709 hombres a causa de enfermedades cardiovasculares, mientras que los decesos femeninos por la misma causa fueron de 4.682 personas.

Aún cuando sean los hombres los que encabezan las estadísticas en esta enfermedad, pues poseen un riesgo de 1,25 veces que las mujeres, son las féminas las que tienen más probabilidades de morir a causa de estos accidentes, debido a que generalmente los hombres son más jóvenes que las mujeres cuando son afectados. El Ninds estima que después de los 55 años de edad se aumenta el doble de las posibilidades de sufrir un ACV por cada década cumplida.

La predisposición genética y el ser afroamericano aumentan considerablemente el riesgo a padecer un ictus, al igual que la hipertensión, las enfermedades coronarias, la diabetes, el consumo de cigarrillos, alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

Para diagnosticar un ACV el médico tratante debe observar los síntomas que pueden presentarse al mismo tiempo, además de realizar un examen neurológico, un electrocardiograma y una tomografía computarizada, a través de la cual se verán imágenes del cerebro para poder verificar el daño ocasionado.

### **Movilidad afectada por el cromosoma XY**

Estudios realizados acerca de la carga genética, han revelado que los cromosomas XX y XY poseen cualidades diferentes que predisponen a los portadores a ser más sensibles o resistentes frente a algunas enfermedades.

Debido a la falta de una copia del cromosoma X, los hombres son más susceptibles a presentar alteraciones genéticas, por lo que no es casual el hecho de que sean ellos los más afectados por la distrofia muscular de Duchenne, manifestada por el daño ocasionado en el gen que se encarga de asimilar la distofina, una proteína ubicada debajo de la membrana de los músculos.

Este problema genético afecta a uno de cada 3.600 hombres, según el artículo Detección de portadores de distrofia muscular de Duchenne en familias colombianas mediante análisis de microsatélites (2008), publicado en la revista Colombia Médica disponible en

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol39No2Supl2/htmlv39n2s2/v39n2s2a2.html> , e implica debilidad muscular que se complica en poco tiempo, pues los síntomas empiezan a aparecer antes de los seis años de edad y a veces se hacen presente en el período de lactancia.

La enfermedad, descrita por primera vez por el médico francés Guillaume-Benjamín Duchenne, es portada por la mujer pero sus manifestaciones ocurren mayormente en el sexo masculino. La fatiga, el dolor muscular que generalmente empieza en las piernas y pelvis y se extiende a los brazos y cuello, la dificultad motora para realizar algunas actividades como caminar o correr, y en general la debilidad en varias zonas del cuerpo son síntomas a considerar para diagnosticar la posible presencia de esta enfermedad, que según el portal web Diario Salud disponible en <http://www.diariosalud.net/>, tiene una esperanza de vida que no supera los 25 años de edad.

Todas estas discapacidades tienden a empeorar en poco tiempo, por lo que en muchos casos a los 12 años de edad el individuo pierde la movilidad en las piernas y se ve obligado a usar silla de ruedas, por no poder mantenerse en pie por si solo. Este daño acelerado ocurre por la pérdida de la capacidad regeneradora del tejido natural, que atrofia y vuelve débiles a los músculos.

Para diagnosticarla, es necesario realizar varios exámenes entre los que son fundamentales los estudios completos del sistema nervioso, pulmones,

corazón y músculos. Aún cuando todavía no hay cura para este problema de salud, el tratamiento que se usa apunta a controlar los síntomas del debilitamiento muscular, a través de la fisioterapia que evitará que los músculos se deterioren aún más por la falta de movilidad.

### **Cabellos alterados por las hormonas masculinas**

La caída del cabello se produce de manera diferente en hombres y mujeres. Contrario a lo que podría pensarse de que la ausencia de cabello es un problema masculino, en los últimos tres años los casos de alopecia femenina han aumentado 40%, según un estudio realizado en 2007 por la Corporación Capilar de España, donde se tomó una muestra de 760 pacientes. En las mujeres las causas de la alopecia son variadas y tienen menor relación con las hormonas, mientras que el estrés, el post parto y la falta de algunos nutrientes o vitaminas, son posibles factores de riesgo para las representantes del sexo femenino.

Datos publicados en el portal web de la Academia Española de Dermatología y Venerología (Aedv) disponible en <http://www.aedv.es/>, revelan que dos de cada diez hombres entre los 18 y 25 años de edad ya presentan este problema capilar, cuya incidencia aumenta considerablemente con la edad, pues se estima que a partir de los 50 años, la mitad de los integrantes del

sexo masculino viven con él. La causa de esta deficiencia en los hombres es en 85% de los casos de origen hereditario y hormonal, debido a la acción de un andrógeno derivado de la testosterona, llamado dihidrotestosterona (DTH) que se adhiere al folículo piloso produciendo un cabello cada vez más débil y atrofiando la glándula sebácea, responsable de la pérdida de volumen y de las hebras del cabello.

La calvicie no significa que no se produzcan cabellos, sino que al crecer éstos se caen. Normalmente un cabello no dura más de seis o siete años insertado en el cuero cabelludo, el problema aparece cuando se pierden mucho más de 100 hebras al día sin sustitución, que es la medida considerada normal por los dermatólogos.

Generalmente en el hombre, la falta de cabello tiene una distribución no regular y atípica situada en la zona frontal, parietal y temporal de la cabeza, mientras que en la mujer suele notarse en los laterales de la parte central del cuero cabelludo.

En ambos sexos el uso de algunos medicamentos puede provocar una alopecia temporal, que será olvidada cuando el producto deje de ser ingerido. En las mujeres, las causas de la alopecia suelen estar más asociadas al estrés, aún cuando no se descarta la herencia.

El post parto y la menopausia son factores de riesgo para la aparición de la calvicie en las mujeres, ya que supone la disminución del nivel de hormonas femeninas en el organismo. De igual manera las dietas que impliquen un cambio muy brusco de los hábitos alimenticios y en consecuencia pérdida de nutrientes y vitaminas, aceleran los procesos de la alopecia, como se explica en el sitio web médico español Puleva Salud, disponible en <http://www.pulevasalud.com>

Para dar con el tratamiento certero a este problema de la salud del cabello, es necesario encontrar la causa que lo precede, para poder indicar la mejor solución de acuerdo al tipo de alopecia y su momento de evolución. Actualmente la administración de finasterina y el masaje en la zona con la loción de minoxidilo al 5%, estimulan el crecimiento y mantenimiento del cabello, si son aplicados como mínimo en un período de cuatro meses.

Cuando el problema no es erradicado, se pueden aplicar microinjertos de cabello, que se trata de trasladar parte de los folículos pilosos sanos a las zonas donde no crezca el cabello, por lo que éste vuelve a nacer del mismo color y textura original.

## **Masculinidad de alto riesgo**

La conformación social juega un papel importante en la construcción de la salud de ambos géneros. El hombre siempre ha asumido actitudes riesgosas que ponen en peligro su vida, por el hecho de que “está educado para ser hombre” como afirma la psiquiatra María Elena Riera (2009).

No es casual que desde pequeños los representantes del sexo masculino estén más involucrados en peleas. Se les ha acostumbrado a arreglar las diferencias a golpes y los que prefieren dialogar son acusados de niñas.

Estos mandatos sociales coinciden con la predisposición que tiene los caballeros de ser víctimas en mayor medida que las mujeres de accidentes de tránsito, laborales y muertes violentas.

Según los datos del trabajo Los hombres en las estadísticas colombianas (2005), publicado por Javier Omar Ruíz, presidente del Colectivo Hombres y Masculinidades disponible en <http://www.masculinidadescolombia.com/Tex/Estad%C3%ADsticas%20%20Mascul.pdf> , el hombre en Colombia encabeza las cifras de muertes en accidentes de tránsito con 79% de los fallecimientos por esta causa.

De igual manera sucede con las muertes ocurridas a manos de la violencia interpersonal como peleas, ajustes de cuentas, robos, etc., en las que los representantes del sexo masculino pierden la vida en una relación de siete a

tres con respecto a las mujeres y con los fallecimientos de hombres por accidentes que alcanzan 82% de los casos.

Para el año 2004 la OPS calculaba que a nivel mundial, los hombres están tres veces más expuestos a morir en accidentes viales que las damas.

Las féminas han sido más precavidas que los hombres al exponerse a situaciones de peligro, lo que está asociado también al rol de cuidadora que ha ejercido desde épocas inmemorables, pues ha sido la mujer la responsable del mantenimiento del hogar y de la familia. “Los hombres no sienten la necesidad de cuidar su salud por sus hijos, porque saben que la mujer se encargará de ellos”, dice en entrevista personal Marbella Camacaro (2009), ingeniera e integrante de la Unidad de Investigación de Estudios de Género Bella Carla Jirón Camacaro de la Universidad de Carabobo (UC).

En Venezuela, según el Anuario 2006 de Mortalidad del Mpps, los fallecimientos por accidentes de todo tipo representaron 7,69% de las muertes totales en el país. En las mismas estadísticas se refleja que los accidentes de transporte cobraron la vida de 4.976 hombres, mientras que en el mismo año 1.305 féminas murieron en este tipo de incidentes.

Las cifras del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (Cicpc) revelan que en el segundo trimestre del año 2009, se

registraron 1.557 homicidios en la ciudad de Caracas, de los cuales sólo el 6,55% corresponden a asesinatos de mujeres.

Según explica la terapeuta ocupacional Olga Roldán (2009), a lo largo del tiempo el cuerpo del hombre ha sido concebido para la dureza, la fuerza y la violencia, por lo que se considera que están capacitados para las situaciones riesgosas. “Desde pequeños a los caballeros los incitamos a que corran, trepen, les damos pistolas de juguetes, mientras que a las mujeres las criamos en la tranquilidad y la quietud”, afirma.

### **Migraña: Huésped doloroso e incapacitante**

Cristine Villar es una de las 326.000.000 de personas que padecen migraña en el mundo, según cifras de la OMS en el año 2007.

Dolor de cabeza localizado, náuseas, fobia a la luz y sensibilidad al ruido son algunos de los síntomas que agobian a la estudiante de último año de la Facultad de Odontología de la UCV, durante los episodios de jaqueca.

Hacer ejercicio, asistir a eventos masivos y manejar son actividades que la joven de 23 años evita realizar, por temor a sufrir un ataque de migraña que le haga perder la visión. Los trasnochos por estudiar para un examen más de

una vez la obligaron a permanecer acostada esperando que cesara el dolor que se aloja en el lado izquierdo de su cabeza.

Desencadenado por el cambio del flujo sanguíneo cerebral ante una reacción anormal de los vasos sanguíneos a ciertos estímulos, este trastorno neurológico se manifiesta de forma episódica, mediante crisis que se producen de una a cuatro veces al mes, y que pueden llegar a incapacitar durante horas o días a quienes las sufren.

El estrés, la fatiga, el insomnio, el sedentarismo, los cambios atmosféricos con mayor humedad, la altura, el hambre, el alcohol, el tabaco, dormir demasiado y transgresiones alimenticias son factores que pueden desencadenar la jaqueca, dolencia considerada la tercera causa de dolor crónico después de la artritis y el reumatismo, según Durand, Papa & Sanabria (1989).

Aunque aqueja tanto a los hombres como a las mujeres, la enfermedad se hospeda con mayor frecuencia en el cuerpo femenino que en el masculino. La Fundación Nacional del Dolor de Cabeza de Estados Unidos (NHF, por sus siglas en inglés) estima que por cada hombre hay tres mujeres con la dolencia.

De acuerdo con un estudio sobre las características y tratamientos de las migrañas menstruales, publicado por la Asociación Médica Americana

(AMA) en el año 2006, antes de adolescencia las migrañas tienen la misma frecuencia en niños y niñas, y afectan aproximadamente al 4% de esta población. Sin embargo, en la edad adulta, este panorama cambia y el padecimiento agobia al 18% de las damas y al 6% de los caballeros.

La investigación refiere que existe una relación hormonal entre el sexo femenino y la migraña, ligada al descenso de los niveles sanguíneos de estradiol (estrógeno que producen y secretan los ovarios, la corteza suprarrenal y la placenta) que es responsable del crecimiento del útero, las trompas de falopio y la vagina y además, estimula el desarrollo de las mamas y participa en la distribución de la grasa corporal.

El hecho de que las féminas presenten cuadros de jaqueca durante el periodo menstrual, cuando los estrógenos están en su nivel más bajo, y dejen de sufrirlos en los últimos meses del embarazo, momento en el que aumentan los niveles de la hormona, revelaría el papel que cumple el estrógeno en el desarrollo del padecimiento.

El neurólogo Isaac Mosquera (2009), apunta que “la mujer tiene cambios hormonales que no tiene el hombre y que pueden desatar la migraña. Sin embargo, cualquier paciente que tenga migraña la heredó y la herencia no distingue sexo”.

El trastorno, que afecta el sistema nervioso central y periférico, es considerado por la OMS desde el año 1997 como uno de los padecimientos que causa más discapacidad a quienes lo sufren, junto a la demencia, la tetraplejía y la psicosis.

Según la institución de salud, la enfermedad ataca a las féminas durante su etapa fértil y de mayor actividad laboral, desde los 15 hasta los 55 años, por lo que es 2,5 veces más frecuente en las damas trabajadoras que en los caballeros.

Un estudio realizado en el año 2006 por el programa español Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña (Palm) disponible en [http://www.programapalm.org/index\\_00.htm](http://www.programapalm.org/index_00.htm), revela que el padecimiento tiene un coste económico para el país de 1.838 millones de euros, equivalentes a la pérdida de 16,6 millones de días de trabajo al año, por ausencia o baja productividad. Se calcula que durante ése año la enfermedad causó una media de absentismo laboral del 3,9% en hombres y 8,3% en mujeres.

La afección más usual es la migraña sin aura, que se expresa con un dolor de cabeza situado, pulsátil, que va propagándose y se hace más intenso con el movimiento durante las cuatro a 72 horas que persiste el episodio.

La migraña con aura altera la vista con rayas, destellos, dolor ocular o disminución de la agudeza visual, y puede causar fatiga, irritabilidad y náuseas antes de que aparezca el dolor.

Aunque las jaquecas pueden ser consideradas como males menores o molestias normales, imponen una carga familiar y social a quienes la padecen. No automedicarse, tener una alimentación balanceada y hacer actividades relajantes son recomendaciones que los expertos hacen a los migrañosos.

### **Dulce pecado: Insulina en desventaja**

José Sánchez, de 58 años de edad, tiene diabetes desde los 51. Lo que comenzó como un problema de fatiga, pérdida de memoria y ganas frecuentes de orinar se convirtió en el hecho determinante que marcó su vida adulta.

Una úlcera en el pie izquierdo le impide continuar en su trabajo como mesonero, y le ha asignado la tarea diaria de lavarse el pie con agua tibia, secarlo sin frotar, mantenerlo seco y utilizar talco no medicinal antes de calzarse cada mañana. Las inyecciones de insulina, acompañadas de una dieta que le ha hecho perder 25 kilos, lo han alejado para siempre de los dulces, las frituras y el alcohol.

Tras una lucha de más de dos décadas contra la diabetes, Carmen Villegas falleció a los 61 años de edad por un bloqueo ventricular. Enrique Villegas, el tercero de sus cinco hijos, recuerda que su madre comenzó a tener problemas en los riñones, se elevaron los niveles de su presión arterial y progresivamente sus ojos se nublaron.

La OMS calcula que en el año 2005 hubo 1.100.000 millones de muertes por diabetes y que 55% de las personas fallecidas fueron mujeres. Casi la mitad de las defunciones ocurrieron en adultos de menos de 70 años de edad.

Según información publicada en la página web de la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés), la diabetes tipo dos, enfermedad en la que las células se hacen resistentes a usar la insulina que produce el organismo, afecta a 13,3% de las damas entre los 60 y 74 años de edad y a 11,8% de los caballeros del mismo grupo etario.

El especialista en medicina interna y endocrinología, Omidres Pérez, asegura en su columna Mujeres: sexo débil ante la diabetes, publicada en el diario El Nacional el 16 de mayo de 2009, que a pesar de que enfermedad no distingue sexo, raza o edad, el embarazo y la menopausia elevan las probabilidades de las féminas de sufrir la enfermedad o de que ésta se descontrole.

Entre 6% y 14% de las embarazadas desarrollan diabetes gestacional. De acuerdo con Pérez, la producción de hormonas en la etapa de gravidez beneficia el incremento de los niveles de azúcar en la sangre, y representa un riesgo mayor en mujeres con colesterol o triglicéridos altos, obesidad, antecedentes familiares de diabetes u ovarios poliquísticos. Aunque este tipo de trastorno suele desaparecer con el nacimiento del infante, las madres corren 45% de riesgo de volver a sufrirlo en sus próximos embarazos y tienen 63% de posibilidades de padecer diabetes tipo dos posteriormente.

Durante el climaterio, la disminución de hormonas sexuales y los cambios metabólicos incidirían en el riesgo de que aparezca la diabetes, la obesidad y la hipertensión arterial.

“La diabetes es considerada una enfermedad metabólica con compromiso significativo de la esfera sanguínea y de los vasos sanguíneos, y estas complicaciones son más frecuentes y de peores consecuencias en las mujeres con diabetes que en los hombres con igual condición”, asegura Pérez. Según el endocrinólogo, la mujer diabética tiene 50% más posibilidades de padecer enfermedades cardíacas que los hombres con el mismo mal.

El padecimiento, definido por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) como un trastorno causado por la deficiencia en la

producción de la insulina elaborada por el páncreas, que altera el metabolismo e impide el aprovechamiento del azúcar en el cuerpo, está relacionado directamente con la herencia, el sobrepeso y el sedentarismo.

Síntomas como fatiga, irritabilidad, resequedad en piel, pérdida de peso, sed y hambre excesiva y muchas ganas de orinar dejan de expresarse con la regulación de la glicemia.

Sin control médico, la acumulación de azúcar en la sangre tiene efectos devastadores en el cuerpo humano, pues puede desencadenar cegueras, neuropatías, trastornos urinarios, digestivos y circulatorios, infartos y accidentes cerebrovasculares.

250.000.000 de personas sufren de diabetes en el mundo, y la OMS calcula que en el año 2030 esta cifra se habrá duplicado.

La investigación La diabetes y la salud de la mujer en las distintas etapas de su vida: una perspectiva de salud pública, realizada en el año 2001 por la División de Diabetes Aplicada del Centro Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (Nccdphp, por sus siglas en inglés), arrojó como resultado que de las 15.700.000 millones de personas que viven con diabetes en los Estados Unidos, 8.100.00 millones son del sexo femenino.

El estudio reveló que la prevalencia de la diabetes tipo dos es de dos a cuatro veces mayor en mujeres afroamericanas, hispanas, indias americanas y asiáticas que en féminas caucásicas.

Las damas diabéticas de 45 a 64 años de edad tienen más posibilidades de perder la vista que los hombres, y corren un riesgo de tres a siete veces mayor que las mujeres sanas de sufrir enfermedades coronarias.

### **Lupus: Defensas sin descanso**

Cuando el sistema inmunológico humano comienza a producir anticuerpos en contra de sí mismo, al perder las destrezas que le permiten diferenciar las partículas extrañas que amenazan la salud del organismo y sus propias células o tejidos, se desarrolla una enfermedad que ha encontrado guarida en los cuerpos de cinco millones de personas en el mundo.

Homónimo de una constelación del hemisferio sur que posee forma de lobo, ubicada entre las estrellas de Escorpio y Centauro, el Lupus es un padecimiento inflamatorio crónico que puede atacar varios órganos.

Aunque su manifestación más frecuente es el eritema malar, una roncha en forma de mariposa que descansa sobre la nariz y las mejillas, problemas de coagulación en la sangre, pérdida de cabello, sensibilidad a la luz solar,

anemia, fatiga, artritis, convulsiones, úlceras en la boca o la nariz, dolores en el pecho, problemas en los riñones y fiebres inusuales de más de 38°C, también advierten la presencia de esta enfermedad.

Si bien la afección puede asomarse a cualquier edad y albergarse en cualquier sexo, cifras de la Fundación Americana de Lupus (LFA, por sus siglas en inglés) revelan que nueve de cada diez personas afectadas son mujeres. Durante su etapa fértil, de los 15 a los 44 años de edad, las féminas sufren el trastorno de 10 a 15 veces más que los caballeros.

La doble carga cromosómica que poseen las mujeres por la composición celular XX y el hecho de que los síntomas del padecimiento se incrementen antes y después de los periodos menstruales y durante el embarazo, evidenciarían el rol de los estrógenos como reguladores de la patología y responsables de su feminización. Algunos antibióticos, particularmente los derivados de las penicilinas y las sulfas, las infecciones, la luz ultravioleta y el estrés también desencadenarían el mal autoinmune.

Para Isaac Mosquera (2009), neurólogo del Innap, la reducción del tiempo de sueño que experimentan las mujeres en estado de gravidez y después de dar a luz, favorece la aparición de trastornos autoinmunes.

“Si una persona duerme poco disminuyen los neurotransmisores del cerebro, especialmente bajan los niveles de serotonina, y si no se produce serotonina,

no hay modulación del dolor. Cuando se desajusta el sueño se afecta el sistema inmunológico y se desarrollan enfermedades de dolor crónico como el lupus”, asegura el especialista.

Estadísticas de la LFA exponen que aunque 10% de las personas con lupus tiene un familiar con la enfermedad, sólo 5% de los infantes nacidos de vientres afectados podrían heredarla.

Según datos del Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés), el riesgo de muerte materna durante el embarazo o en el momento del parto se eleva 20 veces en mujeres con lupus. Alteraciones como infecciones, infarto de miocardio, hemorragias y tromboembolismo también acechan con más frecuencia a este grupo de féminas.

Un estudio divulgado en el año 2006 por el Centro Médico de la Universidad de Duke indica que 37% de los 13.000 partos de mujeres con lupus atendidos en los Estados Unidos entre los años 2000 y 2003, fueron por cesárea. Los casos de nacimientos prematuros fueron 2,5 veces más frecuentes y la preeclampsia se triplicó.

La doctora Megan Clowse, profesora de Reumatología y autora de la investigación, declaró en la Reunión Científica Anual del ACR celebrada en Washington en 2006, que las damas pueden disminuir los riesgos asociados a la enfermedad, como la diabetes, la hipertensión o los problemas renales,

planeando los embarazos, llevando un control estricto con su ginecólogo y su reumatólogo y evitando concebir mientras la enfermedad está en una fase activa.

A pesar de que no existe una cura para el trastorno, el desarrollo de medicamentos antiinflamatorios no esteroides, como la aspirina, corticosteroides, antimaláricos y citotóxicos o inmunosupresores han ayudado a controlar sus síntomas y mantener las funciones normales del organismo.

### **VPH: Inquilino oculto**

Sentimientos de vergüenza, culpabilidad y miedo se apoderaron del cuerpo de Sandra Valencia cuando la ginecóloga le confirmó que el resultado de su biopsia cervical había dado positivo en Virus de Papiloma Humano (VPH).

La presencia del padecimiento sorprendió a la joven de 23 años de edad, quien asistió a una consulta de rutina, y la desinformación clavó en su mente un listado de angustias sobre su salud, su vida sexual y su futura maternidad. Sandra se sintió como una extraña, ignorando que más de 630.000.000 de personas viven con la infección, de acuerdo con datos de la OMS en el año 2001.

Según cálculos de la División de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 50% de las mujeres y los hombres activos sexualmente contraerá el virus en algún momento de sus vidas.

Aunque en la mayoría de los casos no presenta síntomas, la enfermedad se aloja en la piel y las membranas mucosas en forma de verrugas rojas, rosadas o blancas que se asemejan a una coliflor pequeña, y se asoman semanas o meses después del contagio.

Damas y caballeros participan en la cadena epidemiológica de la infección como portadores y transmisores. Según la ginecóloga María D'Empaire (2009), el hecho de que el aparato reproductor femenino tenga más membranas mucosas y el del hombre piel, hace que las féminas exterioricen más el trastorno.

De las más de cien cepas que conforman la familia de la infección, cerca de 40 se transmiten por contacto sexual e invaden la vulva, la vagina, el cuello uterino, el saco escrotal, el pene y el ano mediante verrugas genitales, llamadas condilomas, o un crecimiento anormal de las células, denominado displasia.

El virus causado por cepas como la seis y la 11 ocasiona cambios celulares de baja malignidad en los genitales, y puede generar papilomatosis

respiratoria recurrente, afección que trae consigo la aparición de bultos en la laringe u otras áreas del tracto respiratorio. Por su parte, tipos como el 16,18, 31, 45, 52, 68, 73 y 82 funcionan como carcinógenos y se detectan en 99% de los cánceres cervicales.

Estadísticas de la División de Prevención y Control del Cáncer del Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (Nccdphp, por sus siglas en inglés), reflejan que cada año se reportan en Estados Unidos 10. 800 casos de cáncer de cuello uterino, 2.300 casos de cáncer de vulva, 800 casos de cáncer de pene, 600 casos de cáncer de vagina, 1.900 casos de cáncer anal femenino, 1.100 casos de cáncer anal masculino, 1.700 casos de cánceres de cavidad bucal y orofaríngea femeninos y 5.700 masculinos, asociados al VPH.

Las lesiones precancerosas son tratables mediante procedimientos médicos como la electrocauterización, la terapia con láser y la biopsia en cono frío, si se detectan a tiempo.

Datos del Congreso de Prevención de Virus de Papiloma Humano 2004 indican que 70% de las expresiones de la infección desaparecen en un año y 91% en dos años después de ser atendidas. Un sistema inmunológico fuerte y el control médico son necesarios para que la manifestación de la cepa 16, la más susceptible a permanecer, desaparezca. Sin embargo,

persiste el riesgo a que la persona afectada tenga una reinfección con uno o varios serotipos distintos.

El ginecólogo Jaime Urdinola (2009), miembro de la Asociación Médica de Los Andes, indica que “no todas las mujeres contaminadas con las cepas 16 ó 18 van a tener cáncer porque pueden poseer defensas naturales y paralizar el virus. Sin embargo, está comprobado que, según la historia natural de la enfermedad que tiene un desarrollo de 11 a 13 años, esos tipos de VPH van a causar una lesión premaligna o una malignidad, un cáncer de cuello”.

La incidencia de cáncer de cuello uterino y la mortalidad causada por este mal, han hecho que la ciencia pose su mirada sobre el VPH femenino como precursor del padecimiento.

La OMS calcula que cada año 500.000 féminas reciben un diagnóstico de cáncer de cuello uterino, y que esta enfermedad cobra 288.000 vidas femeninas en ese lapso de tiempo.

El ente de salud prevé que más del 80% de las mujeres tendrá una infección por VPH antes de los 50 años de edad. Aproximadamente 70% de los cánceres cervicales a nivel mundial estarían relacionados con las cepas 16 y 18 del virus, según la OPS.

Este panorama impulsó que en el año 2006 la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés) aprobara la vacuna cuadrivalente para mujeres entre 9 y 26 años de edad, que protege contra las cuatro cepas de la infección que causan siete de cada diez casos del cáncer de cuello uterino y nueve de cada diez casos de verrugas genitales.

Al respecto, Urdinola (2009) opina que lo ideal es vacunar a niñas de nueve a 12 años de edad porque se supone que aún no han tenido contacto sexual, y afirma que en Colombia se han vendido cerca de cien mil dosis, valoradas en 900.000 pesos.

Los estudios para probar la seguridad y efectividad de la vacuna en mujeres mayores de 26 años y niños y hombres aún están en desarrollo.

### **Infarto: Llamado del corazón**

12.000.000 de personas fallecieron en el año 2005 tras sufrir un infarto, esta realidad convierte a las enfermedades cardiovasculares en la primera causa de muerte en el mundo, de acuerdo con cifras de la OMS.

Un dolor repentino e intenso en el pecho es el síntoma más publicitado del ataque al corazón. Sin embargo, molestias en los brazos, el hombro izquierdo, la mandíbula o la espalda, dificultad para respirar, náuseas,

mareos o desmayos, sudores fríos y palidez también acompañan al padecimiento, que se manifiesta de forma diferente en varones y hembras.

El malestar, que cada 30 minutos cobra la vida de un hombre venezolano, según las cifras del Anuario de Mortalidad del Mpps para 2006, asalta a los caballeros con una presión en el centro del pecho que se puede propagar al cuello o los brazos, mientras que arremete contra las mujeres con un dolor ubicado hacia la boca del estómago, similar al de una gastritis, indica el cardiólogo colombiano Enrique Melgarejo (2009), en entrevista telefónica.

Según la OMS, la falta de aire, las náuseas, los vómitos y el dolor en la espalda o mandíbula son más frecuentes en las mujeres. Lo atípico de estos síntomas y la ausencia del dolor en la mitad izquierda del pecho, podría ocasionar que las mujeres pasen por alto los indicios del ataque cardíaco.

La internista Olga Tovar (2009), señala en entrevista personal, que las damas tardan más que los hombres en ir al médico ante un dolor que sugiera un infarto, y por esto el padecimiento se complica más en ellas.

Según el cardiólogo Melgarejo (2009), la tardanza en la consulta médica por parte de las féminas se debe a que éstas tienen una tolerancia al dolor mayor que el hombre, asociada a soportar el parto.

Estadísticas del Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona, España, divulgadas en el año 2006 durante el Congreso Mundial de Cardiología, evidencian que las representantes del sexo femenino acuden a los hospitales 30 minutos más tarde que los varones tras sufrir un infarto agudo al miocardio.

Se estima que en el país ibérico los ataques cardíacos son cinco veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Sin embargo, el índice de mortalidad por el padecimiento es aproximadamente 2% y 3% mayor en las damas que en los caballeros.

Melgarejo (2009) advierte que otra de las particularidades que presenta la patología al expresarse en las féminas y los varones, está en los niveles de colesterol, lípido que se encuentra en el tejido del organismo y la sangre y que ayuda al cuerpo a producir hormonas, ácido biliar y vitamina D, pues en los hombres el riesgo cardíaco se mide según el colesterol malo alto (LDL) y en las damas el colesterol bueno bajo (HDL).

Datos del Instituto del Corazón de Texas (THI, por sus siglas en inglés) señalan que después de la menopausia, proceso que comienza cerca de los 50 años de edad, se incrementan las posibilidades femeninas de sufrir una enfermedad del corazón por la disminución de los niveles de estrógeno. Se

estima que en los Estados Unidos, una de cada cuatro mujeres mayores de 65 años sufre algún tipo de padecimiento cardiovascular.

El organismo indica que el primer año después de sufrir el trastorno, las mujeres tienen 50% más probabilidades de fallecer que los varones, y que después de seis años el riesgo de padecer un segundo ataque es dos veces mayor.

“Los estrógenos tienen un efecto protector vascular en la mujer. Las paredes vasculares, específicamente el endotelio de las arterias, expresan receptores que hacen que el endotelio produzca ácido nítrico y éste favorece la acción vasodilatadora antitrombótica y ferinolítica, es decir, si se forma un coágulo el mismo endotelio es capaz de destruirlo”, dice Melgarejo (2009), quien asegura que antes del climaterio los infartos son más frecuentes en el hombre.

La mayoría de los ataques al corazón ocurren cuando un coágulo en la arteria coronaria bloquea el suministro de sangre y oxígeno al corazón, y se producen latidos cardíacos irregulares que disminuyen la función de bombeo del órgano principal del aparato circulatorio humano, pudiendo provocar la muerte del músculo. Hábitos como fumar, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol y padecimientos como la diabetes, la obesidad y el estrés, son factores desencadenantes del trastorno.

Según el THI, investigaciones apuntan que los anticonceptivos orales pueden elevar el riesgo cardiovascular en las mujeres, particularmente en las fumadoras, pues aumentarían los niveles de presión arterial, el grado de azúcar en la sangre y el riesgo de que se formen coágulos sanguíneos.

9.458 venezolanos y 5.921 venezolanas fallecieron en 2006 después de padecer infartos agudos del miocardio, de acuerdo con estadísticas del Mpps. Durante ese año, las enfermedades del corazón enlutaron a los familiares de 24.977 personas, representando la primera causa de mortalidad en el país.

Mantener la presión arterial, la glucemia y el colesterol bajo control médico, adoptar una dieta rica en frutas y verduras, hacer ejercicio, mantener un peso adecuado y la prescripción médica de una terapia con aspirina, de 75 a 325 miligramos al día, ayudan a reducir las posibilidades de padecer una cardiopatía.

### **Alcoholismo: Voluntad a prueba**

Ezequiel Palacios tiene 4.745 días sin beber alcohol. La frase “poco a poco se va lejos” está grabada en su mente como un credo que lo estimula a seguir construyendo el camino que lo alejó de los bares y le hizo probar el sabor de una nueva vida.

Tras un divorcio y ver comprometida su estabilidad laboral, Ezequiel reconoció que tenía un problema con la bebida, su aliada fiel en buenos y malos momentos desde los 14 años de edad, y decidió buscar ayuda profesional. El comerciante, de 56 años, asegura que el apoyo de sus familiares y amigos fue fundamental para concretar la meta que se trazó hace 13 años.

El alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal, caracterizada por una obsesión mental y una compulsión física que merman la capacidad para controlar la ingesta de bebidas alcohólicas de 140.000.000 de personas.

La OMS advierte que esta dependencia representa 3,7% del total de las muertes a nivel mundial, 4,4% de las enfermedades y hace que hombres y mujeres sufran problemas de salud que interfieren en sus relaciones familiares, sociales y laborales.

Se calcula que entre 20% y 30% de los cánceres de esófago e hígado, los homicidios, los padecimientos cardiovasculares, la epilepsia y los accidentes automovilísticos están relacionados con el abuso de alcohol.

La OPS estima que su consumo es 40% mayor en el continente americano que en el resto del mundo. El informe Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción (2007), indica que el valor promedio de

ingesta de alcohol por persona es de 8,7 litros, mientras que la media global es de 6,2 litros.

La investigación advierte que en el año 2002 fallecieron 69.000 personas entre 15 y 29 años de edad bajo los efectos del alcohol, y que los niños están empezando a beber al arribar a la primera década de su vida.

Datos de la investigación Los hombres en las estadísticas colombianas, realizada en el año 2005 por Javier Ruiz, presidente del Colectivo Hombres y Masculinidades disponible en [www.masculinidadescolombia.com](http://www.masculinidadescolombia.com), reflejan que el consumo de bebidas alcohólicas es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, y que 78,6% de los caballeros comenzó a beber antes de los 18 años.

La psiquiatra María Elena Riera (2009) explica que enfermedades como el alcoholismo y el abuso de sustancias son más comunes en los caballeros por conductas aprendidas en el proceso de socialización de género.

“A los hombres se les crea el hábito de beber alcohol y se les ánima a practicar la violencia como sinónimo de masculinidad y fuerza, por esto están expuestos a consumir mayores cantidades de alcohol durante su vida”, indica la especialista.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos (Niaaa, por sus siglas en inglés) indica que las féminas corren un riesgo mayor de desarrollar problemas con la bebida que los caballeros.

Al poseer un peso menor al de los hombres, el cuerpo femenino alberga menos agua, por lo que el alcohol encuentra más dificultad para diluirse y el organismo queda desprotegido ante los derivados tóxicos que se producen al intentar degradarlo y eliminarlo.

Un estudio del Centro Médico de Veteranos del Bronx de Nueva York y de la Escuela de Medicina de Trieste, Italia, señala que el estómago de las mujeres tiene una cantidad inferior de la enzima que descompone el alcohol bajando los niveles de intoxicación.

El farmacéutico Rafael Borrás en su artículo El alcohol, publicado en el portal web del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Barcelona, España, disponible en <http://www.farmaceuticonline.com> , refiere que investigaciones basadas en resonancias magnéticas evidencian que la alta ingesta de bebidas alcohólicas encoge el cerebro, especialmente la materia blanca, e incrementa el fluido cerebroespinal. Según el estudio, la materia gris del cerebro femenino disminuye 11%, mientras que el cerebro masculino pierde 5,6% de la sustancia.

Las muertes violentas y prematuras, las afecciones hepáticas, las hemorragias internas, las intoxicaciones, los accidentes y los suicidios acechan la vida de los alcohólicos y las alcohólicas.

Sin embargo, el Niaa advierte que las damas son más vulnerables a sufrir hepatitis alcohólica, derrames cerebrales, enfermedades del corazón y a morir por cirrosis que los hombres, y corren mayor riesgo de ser víctimas de violencia y abuso sexual.

A pesar de que no se ha precisado la causa del trastorno, factores biológicos, psicológicos y sociales como la herencia, la depresión, la baja autoestima, los conflictos en relaciones interpersonales, la presión de personas cercanas y la facilidad para conseguir licor actúan como desencadenantes.

### **Sangre y corazón en sobremarcha**

25% de la población adulta a escala mundial padece de tensión arterial alta. El trastorno, que incrementa el trabajo del corazón, acelera el proceso de endurecimiento de las arterias y aumenta las posibilidades de padecer un ataque cardíaco, accidentes cerebrales e insuficiencias renales, se instala de forma silenciosa, lenta y progresiva en más del 50% de los hombres y las mujeres que la sufren, de acuerdo con cifras de la OPS en el año 2003.

Estudios realizados por la institución de salud entre los años 1995 y 1999, publicados en el libro Salud de las Américas, advierten que los marabinos son los hombres más hipertensos, representando 49,7% de los casos analizados, mientras que las paraguayas lideran en el continente con 43,9% de prevalencia.

La investigación muestra que la enfermedad se reproduce a un ritmo mayor en los países latinoamericanos y del Caribe por estar subdiagnosticada y, una vez que es determinada, menos del 60% de los individuos obtienen un control médico óptimo.

Un trabajo realizado en el año 2007 por la Universidad de California, Estados Unidos, señala que existen al menos 35 genes relacionados en el desarrollo de la hipertensión.

Los valores de la variabilidad de la presión arterial se regulan por vía de los riñones y la contracción o dilatación de los vasos sanguíneos. Según el estudio, los genes femeninos que tienen mayor relación con los vasos sanguíneos son los que codifican las dos proteínas que controlan la vasodilatación, proceso de expansión de las venas y arterias, y la vasoconstricción, que ocurre cuando las venas y las arterias se estrechan.

En el cuerpo masculino, intervienen dos proteínas diferentes en estas actividades orgánicas, un gen cuya función es codificar proteínas para el

receptor de los vasos sanguíneos, y otro que por el contrario, se encarga de asimilar una proteína comprometida con la regulación del volumen de sangre del riñón.

Los resultados de la experimentación *Influencia del estrés crónico en las respuestas neuroendocrinas y cardiovasculares durante el estrés agudo y la recuperación, especialmente en los hombres (2001)*, divulgados en la revista *Health Psychology*, demuestran que los caballeros hipertensos corren más peligros que las damas, pues la morbilidad y la mortalidad son mayores en este grupo.

La investigación revela que independientemente de la presencia o ausencia de estrés crónico, los valores de presión sanguínea sistólica y cortisol de los varones superaron los de las hembras antes, durante y después de las pruebas.

La presión sanguínea diastólica de los hombres se elevó mientras realizaban actividades, demostrando que no sólo desarrollan respuestas ante el estrés sino que también tardan más en recuperarse, lo que explicaría el alto riesgo que tienen los caballeros de sufrir trastornos cardiovasculares durante la adultez media.

Factores ambientales, laborales y emocionales y los niveles de estrés que éstos causan afectarían más a los hombres que a las mujeres, explicando las tasas de enfermedad cardiovascular masculina.

Generalmente, la presión arterial sistólica de las féminas es menor a la de los hombres. Sin embargo, en su portal web la Sociedad Española de Cardiología (SEC) disponible en <http://www.secardiologia.es/>, refiere que después de los 60 años sus valores aumentan en las mujeres, por la disminución de los estrógenos que se desencadena con la menopausia, incrementando la frecuencia de la hipertensión.

La tensión arterial alta que pueden desarrollar las damas durante el embarazo ocasiona enfermedades en el feto y en la etapa neonatal. Aunque los niveles se elevan en el segundo y tercer trimestre del embarazo, las cifras usualmente vuelven a los valores previos a la gestación.

## **CAPITULO IV. EL GÉNERO IRRUMPE LA ESCENA CIENTÍFICA**

Ser hombre o mujer no sólo tiene que ver con la presencia de órganos sexuales distintos, ni con ser portador de un cromosoma X o Y. Asumir lo femenino o lo masculino, comporta diferencias relacionadas con los patrones sociales asignados a cada género, Mabel Burin en el libro Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad (1998) define al género como “la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres” (Burin: 1998 : 20).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) define al género en el Informe Género, la paz y el desarrollo en el Caribe (2001) como las diferencias sociales y relaciones entre hombres y mujeres, referidas a los roles, responsabilidades, limitaciones, oportunidades y necesidades en todas las áreas.

La palabra género fue usada por primera vez en 1955 a manos del investigador y médico de Nueva Zelanda, Jhon Money, quien utilizó el término “rol de género” para referirse al conjunto de conductas que distinguen a damas y a caballeros en el seno de las sociedades. La inquietud por encontrar una expresión que definiera estos comportamientos entre

hombres y mujeres, que según el doctor estaban influenciados únicamente por la educación, surgió tras el caso de un gemelo que sufrió una amputación de pene durante una operación de circuncisión. Money aconsejó a los padres castrarlo y educarlo como una niña, por lo que según las anotaciones del doctor uno de los gemelos desarrolló una identidad femenina, mientras que el otro formó una identidad masculina.

Fue en 1968 cuando Robert Stoller delimitó con mayor detalle el significado de género y lo diferenció del concepto de sexo, empleado para darle vida a la concepción biológica del ser humano, basada en la diferencia de los órganos sexuales.

En entrevista personal, Jeannette Bastidas (2008), psicóloga y profesora de la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Ucla, explica que la concepción del mundo está “estructurada sobre las bases de los roles del género”. Es por esta razón que desde antes del nacimiento se le compra la primera ropa al bebé azul o rosa según el sexo, pues aunque estos mandatos no estén inscritos en los genes, están impuestos por las reglas sociales que asignan tareas y comportamientos a unas y otros.

Nora Castañeda en el artículo La perspectiva de género y el movimiento de mujeres publicado en el volumen 1, número 1 del año 1996 de la Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, cita a la autora María Mercedes Turbay,

quien define al género como “el conjunto de rasgos adquiridos en el proceso de socialización, que diferencian a hombres y a mujeres en una sociedad”. Para Turbay, el género incluye una amplia gama de responsabilidades sociales, valores, gustos, expectativas, temores y pautas de comportamiento asignados a los representantes de cada sexo.

En la explicación del concepto de género ofrecida en el Diccionario Ideológico Feminista, Victoria Sau se refiere a la primera investigación científica sobre las diferencias mentales entre los dos sexos, realizada por Helen Thompson en 1903 y bajo el nombre de *The Mental Traits of Sex (Los rasgos mentales del sexo)*, donde se introdujeron algunos acercamientos sobre cómo los procesos sociales intervienen en las conductas y respuestas de mujeres y hombres.

En su estudio, Thompson comparó las estructuras mentales de jóvenes estudiantes de ambos sexos pero de igual grupo de edad y nivel social. Sus conclusiones arrojaron que las diferencias en inventiva, memoria y procesos afectivos entre damas y caballeros no se deben a procesos mentales distintos, sino responden a patrones sociales diferentes, “ el masculino que exalta la individualidad y el femenino que obra para que se produzcan la obediencia y la dependencia” (Sau:135).

Para Sau, el género se distingue porque sólo existen dos tipos en la especie humana, el masculino y el femenino, que además son vinculantes, pues ninguno es independiente del otro. Entre ambos se establecen jerarquías y estructuras que se mantienen en el tiempo a pesar de las variaciones históricas o las transformaciones sociales.

Con el término género en el tapete de las ciencias sociales, nace el área de estudios de género para designar a “la producción de conocimientos sobre las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto” (Burin:19).

Para comprender de mejor manera la naturaleza de esta categoría de análisis, es necesario apropiarse del concepto de género incluyendo a mujeres y hombres, tal como afirma Fernando Aranguren (2009), historiador y feminista, para quien es fundamental no malinterpretar el término asociándolo sólo a lo femenino, pues se estaría cayendo en un error muy frecuente debido a que la palabra recoge las construcciones sociales y culturales en torno a la vida de ambos sexos.

Diversos autores coinciden en que la aparición de este enfoque tiene su génesis en la situación social histórica de la mujer, pues no es sino hasta los tiempos de la Revolución Francesa, cuando las damas adquieren voz y

empiezan a exigir sus derechos como ciudadanas, bajo los lemas de la libertad, igualdad y fraternidad.

Burin expone que posterior al estallido social francés, emergieron con cautela algunas figuras femeninas destacadas en varias áreas como la literatura y la ciencia, así como también se fomentó la participación de las mujeres en diversos movimientos culturales, sociales y políticos. Estas apariciones al comienzo tímidas, sirvieron de polen para hacer germinar la movida feminista, que tuvo mayor cabida cuando se le concedió el derecho al voto a la mujer en varios países del mundo.

Los aportes y luchas de las organizaciones de mujeres visibilizaron al género como una categoría de estudio a incluir en los diversos saberes. “El género es un tema de análisis planteado desde el feminismo con una historia particular y que tiene como hermana a la participación femenina en diversas áreas”, dice Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional.

### **Voz femenina abriendo puertas**

El sol se oculta a finales del siglo XVIII con la ascensión de un movimiento social y político diferente a los conocidos hasta el momento. Sus cabecillas eran damas y buscaban “la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, de la opresión, dominación y explotación de que han sido

y son por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado” (Sau: 121).

Magdalena Valdivieso en el artículo Críticas desde el feminismo y el género a los patrones del conocimiento dominantes, publicado en la Revista Venezolana de la Mujer en 2007 bajo el número 28 del volumen 12, explica que lo que hoy en día se llama teoría feminista, tuvo su punto de partida en los reclamos que realizaron las mujeres después de ver incumplidas las promesas hechas durante la efervescencia de la Revolución Francesa. Es así como las voces femeninas empezaron a escucharse para protestar por los derechos de igualdad que al parecer habían sido conquistas exclusivas de los caballeros de la época.

El feminismo, hijo de la Revolución Francesa, tiene dos campos de acción principales, tal como afirma Victoria Sau en el Diccionario Ideológico Feminista citando a Hebert Marcuse, quien considera que este movimiento liderado por mujeres ejerce su principal actuación en torno a la lucha por alcanzar la igualdad en lo social, económico y cultural, a la vez que representa un papel de reparto en “la construcción de una sociedad en la que quede superada la dicotomía hombre-mujer, una sociedad con un principio de la realidad nuevo y distinto” (122).

Con esos ideales claros, las mujeres encarnizaron numerosas batallas para lograr hacer sentir su voz en las esferas sociales y políticas, a la vez que se organizaban y consolidaban gracias a la experiencia acumulada en los albores del estallido francés.

Como resultado de la presencia cada vez más frecuente de las féminas en la vida pública y el legado dejado por algunas militantes como Flora Tristán, quien puso a disposición de la lucha por estas reivindicaciones sus 41 años de vida, se logró asentar la representación de las mujeres en terrenos antes insospechados como las urnas electorales, los salones de las academias y los puestos de trabajo.

Para la primera mitad del siglo XX el feminismo había irradiado sus luces incluso en los lejanos países del extremo oriente. A raíz de las dos guerras mundiales, la mujer tuvo que ocuparse en las faenas laborales abandonadas por los hombres, que partieron a defender a la patria en otras tierras.

Sau afirma en el Diccionario Ideológico Feminista (2001) que esta corriente filosófica se replanteó todas las cuestiones vitales que hasta el momento se habían propuesto, observándolas bajo una nueva lógica no experimentada hasta el momento en el mundo, dominado por la visión androcentrista. Del feminismo derivan diversas sub corrientes de pensamiento que han ejercido un importante papel en el curso de la historia, tal como el feminismo

sufragista que consiguió el voto a las mujeres en casi todos los países del globo terráqueo.

Mabel Burin en *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad* (1998), explica que en la década de los 60 surge un nuevo feminismo, cuyos antecedentes más cercanos están relacionados con los aportes de Simone de Beauvoir (1908- 1986), novelista y filósofa francesa, y que se orientaba a denunciar los rasgos patriarcales de la sociedad y la reducción de la mujer a un ser reproductor condenado al ámbito familiar. Diez años más tarde, la posición de esta corriente se radicaliza y definen a las féminas como “un grupo social que padece condiciones significativas de opresión en la sociedad patriarcal” (24).

La autora señala que es en esta década en la que los asuntos de la mujer son tomados en cuenta en la estructuras estatales de algunos países sobre todo pertenecientes al hemisferio norte, así como se introducen estos temas en las academias. Es así como los estudios de la mujer irrumpen la escena de la educación formal, llamando la atención en las carreras humanísticas que se vieron involucradas en la corriente interdisciplinaria que proponían.

Fernando Aranguren (2009), historiador y feminista, considera que a partir de 1975 cuando se inaugura el Decenio de la Mujer “Igualdad, Desarrollo y Paz” en las Naciones Unidas es que se institucionaliza la visibilidad de la mujer a

nivel mundial, pues anteriormente los movimientos de féminas no contaban con el apoyo de un organismo con jurisdicción en el ámbito internacional.

Con la llegada de los 80 se empezó a criticar las limitaciones de estos trabajos, gracias a que no tenían una visión unificadora del objeto de estudio al excluir al sexo masculino. Estas reflexiones sirvieron de cuna para los estudios de género que nacieron en esta década con el mandato de “buscar nuevas formas de construcción de sentido, tratando de avanzar en las relaciones entre mujeres y hombres” (25).

### **Nuevo enfoque integrador**

En un intento por fortalecer el trabajo que desde hace años venían realizando las feministas en torno a la búsqueda de nuevos espacios para la mujer, y teniendo la convicción de que ambos géneros no pueden desligarse del proceso de edificación social, florecen los llamados estudios de género que “aspiran a ofrecer nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres perciban su masculinidad y su feminidad, y reconstruyan los vínculos entre ambos términos que no sean los tradicionales opresivos y discriminatorios” (26).

La categoría analítica de género, expuesta por Joan Scott en 1986 permite reconstruir las relaciones entre ambos géneros y tomarlas en cuenta en los procesos de fabricación del conocimiento.

Alba Carosio, directora del Centro de Estudios de la Mujer (CEM), sostiene en el artículo Equidad y enfoque de género (2004) disponible en <http://www.debatecultural.net/Observatorio/AlbaCarosio2.htm> que la perspectiva de género “analiza las relaciones entre ambos sexos permitiendo mostrar las inequidades e injusticias que derivan de patrones culturales sobre las mujeres que han determinado históricamente su subordinación y limitado sus posibilidades de realización y autonomía”.

Sánchez coincide con Carosio al afirmar que esta categoría de estudio implica “entender y analizar las relaciones sociales entre mujeres y hombres como unas relaciones construidas históricamente a través, entre otros factores, de modelos de representación del colectivo de las mujeres” (164). La autora asegura que sólo al comprender estas diferencias se lograría visualizar la organización social que justifica la discriminación a las damas.

En su artículo La perspectiva de género y el movimiento de mujeres (1996), Nora Castañeda cita a la Subsecretaría de Asuntos de Género de Bolivia que define la utilidad del enfoque de género como un mecanismo para analizar y

formular políticas de Estado que tomen en consideración los diferentes roles, conductas e identidades pertenecientes a hombres y mujeres.

Aún cuando las mujeres han estado sumidas en una posición desventajosa con respecto a sus contrarios, debido a las concepciones androcéntricas de la sociedad y el conocimiento, esta situación histórica no debe confundirse en el objetivo de garantizar un enfoque de género inclusivo de ambos sujetos, pues es a través de las damas y los caballeros en conjunto que se construye el hecho social.

Esta visión de la categoría analítica de género es compartida por Fernando Aranguren (2009), quien advierte que no hay que perder de vista el verdadero significado unificador del enfoque, pues es igual de errado dejar a uno de los lados desatendido y sin compromiso.

De igual manera, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Pnud) definió en 2004 al enfoque de género como:

Es una herramienta de trabajo, una categoría de análisis con base en las variables sexo y género, que permite identificar los diferentes papeles y tareas que llevan a cabo los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las asimetrías y las relaciones de poder e inequidades. Además, nos ayuda a reconocer las causas que las producen y a formular mecanismos para superar estas brechas, ya que ubica la problemática no en las mujeres o los hombres, sino en las relaciones socialmente construidas sobre el poder y la exclusión.

Rodrigo Navarrete (2009), antropólogo, reflexiona que incluir la perspectiva de género en el saber, realiza una deconstrucción del mismo basada en las relaciones sociales entre hombres y mujeres. El profesor de la UCV advierte que este enfoque apoya el proceso de elaboración de cualquier teoría y cuestiona las desigualdades que se evidencian en la formación del conocimiento, lo que repercute a fin de cuentas en la vida social.

Mirar a través de los lentes del género significa visibilizar que hombres y mujeres hacen vida en todas las esferas sociales de manera diferente, por lo que las experiencias y producciones sociales de ambos no son semejantes, como advierte Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional y profesora de la Ucla.

### **Ciencia y género: Interacción vital**

Por ser la variable género “una categoría obligatoria y con respaldo institucional”, tal como afirma en entrevista personal Luisana Gómez (2009), psicóloga social y miembro del CEM, la perspectiva de género ha ido permeando las esferas científicas, al demostrarse su aplicabilidad en todas las áreas del conocimiento.

Los estudios de género se opusieron a los planteamientos básicos del saber tradicional que suponen la objetividad del hecho científico, al mantenerse

apartados de la emocionalidad y las valoraciones sociales. Luis Pérez Aguirre en el artículo *La salud también es una cuestión de género* (1999) en el volumen 4 de los números 10 y 11 de la *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, resalta que la sociedad occidental se dejó deslumbrar por la racionalidad y cayó en la trampa de olvidar el conocimiento que proviene de las interacciones humanas.

Magdalena Valdivieso en el artículo *Críticas desde el feminismo y el género a los patrones de conocimiento dominantes* (2007), considera que el orden propuesto por el modelo científico relaciona a lo femenino con lo privado y subjetivo, mientras que lo masculino se encuentra identificado con lo público y lo objetivo. Estos lineamientos fueron reproducidos a lo largo y ancho de la escala social, naturalizando la supuesta inferioridad de las representantes del sexo femenino, en contraste con la superioridad de los caballeros.

La crítica feminista también develó la poca participación e invisibilización de la mujer en los asuntos de la ciencia, no sólo como objeto sino también como sujeto en el hecho científico. En su artículo, Valdivieso aclara que durante mucho tiempo los asuntos de las féminas estaban totalmente desvinculados del campo científico y no es sino hasta la aparición de los estudios de género, cuando estos temas cobran vida en el devenir de las ciencias naturales.

Con el paso de los años la ciencia y su quehacer han dado la sensación de que “tienen el poder de decir y de decidir cuál es la verdad” (Sánchez: 1999:163) bajo su concepción tradicional. Dolores Sánchez en su texto *Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso* compilado en el libro *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (1999), expone que la inclusión de los estudios de género ha develado cómo la realidad social, política y cultural condiciona a la ciencia y sus resultados y ha derrumbado conceptos contruidos en torno a este conocimiento considerado “un producto de la experiencia del varón blanco, occidental y burgués” (Sánchez: 163).

Los aportes del feminismo y la adopción del enfoque de género en las ciencias sociales lograron franquear al pensamiento y la acción científica occidental, introduciendo en su quehacer la importancia de considerar el entorno social y las relaciones entre hombres y mujeres, aún dentro del laboratorio.

En entrevista personal Luramys Díaz (2009), antropóloga egresada de la UCV, advierte que cada vez son más las barreras que esta perspectiva ha traspasado, pues los científicos de las llamadas ciencias duras han tenido que compaginar con las batas blancas la realidad circundante y aceptar que el hecho social y todas sus relaciones tienen pertinencia en el desarrollo de enfermedades. Una persona que maneje grandes niveles de estrés, trabaje

todos los días en largas jornadas y no tenga oportunidad de realizar las tres comidas en casa bajo una dieta balanceada, sino que por el contrario ingiera comida chatarra, frituras y carbohidratos en exceso, es muy probable que aparte de ganar unos kilos de más, en algún momento desarrolle gastritis a causa de los malos patrones alimenticios y al estilo de vida signado por la carga de responsabilidades.

Valdivieso afirma en su texto que la perspectiva de género muestra otro modo de conocimiento diferente al tradicional impuesto por las ciencias naturales que “se ha caracterizado por intentar presentarse como universal, objetivo, neutral y único” (Valdivieso: 2007:189).

A pesar de los cuestionamientos que sobre el edificio de la ciencia introdujo el enfoque de género, ha sido una tarea ardua conseguir que el pensamiento positivista se arrope con esta visión integradora, que propone tomar en cuenta las relaciones sociales entre hombres y mujeres. Este esfuerzo ha permeado incluso en las ciencias médicas, donde se han levantado voces para reflexionar sobre cómo damas y caballeros asumen de manera diferente la salud y la enfermedad.

Reflexiona María José Barral al respecto en el artículo Genes, género y cultura compilado en el libro Perspectivas de género en salud (2001):

No sólo somos hombres o mujeres, blancos o negros, heterosexuales y homosexuales, somos mucho más, somos únicos, como es único cada individuo de cualquier especie. No hay pues, una única y universal naturaleza innata. La herencia genética y el ambiente hormonal y social cooperan combinándose de infinitas maneras (...) Las investigaciones científicas nos permiten adentrarnos en el conocimiento de la diversidad, pero para ello es necesario dar a la ciencia un nuevo enfoque que la libere de los sesgos que vienen a confirmar y rubricar científicamente los estereotipos sociales en relación al sexo y la raza (157-158).

### **El género traspasa los muros de las ciencias médicas**

El cuerpo biológico femenino y masculino comporta diferencias no sólo relacionadas con la función sexual, sino también vinculadas a algunos procesos fisiológicos vitales. Esas disimilitudes no necesariamente están relacionadas con las maneras distintas en que ambos seres se comportan, enferman y viven la salud, pues las relaciones sociales les han dotado de armas para atender estos mandatos según la presencia del par cromosómico XX o XY.

La construcción social del ser mujer y ser hombre juega un papel fundamental en la manera en la que ambos géneros sustentan sus identidades y se acercan a las realidades, y estas formas de vida les predisponen a sufrir con más frecuencia ciertos padecimientos de salud en relación a sus contrarios. Aún cuando existen enfermedades exclusivas de

uno de los dos sexos, como el cáncer de útero en la mujer o los daños producidos en el sistema reproductivo masculino, muchas patologías que son comunes en damas y caballeros tienen distinta expresión, gracias a diferencias no sólo físicas sino también en las pautas sociales asignadas a cada cual.

Luis Pérez Aguirre en el artículo La salud es también una cuestión de género, publicado en 1999 en el volumen 4 números 10 y 11 de la Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, asegura que las ciencias médicas y las políticas sanitarias no escapan de la influencia que sobre ellas ejerce la variable género, aún cuando han sido pocos los estudios que hayan planteando profundamente cómo esta categoría analítica afecta a la teoría del conocimiento.

La incorporación del enfoque de género en la salud, no es sólo una discusión teórica, sino comprende un conjunto de herramientas que le permiten al personal de salud comprender que todas las patologías tienen que ver con “el lugar que las personas ocupan en la sociedad, con las cargas y condiciones sociales, económicas, laborales y religiosas que se les impone” (Aguirre: 1998:47). Este conocimiento permite al médico advertir las causas que por ejemplo, pueden originar una gastritis y tratar de intervenir para modificar esos patrones sociales que comprometen la salud gástrica.

Una mujer empieza a cambiar sus hábitos de sueño durante la gestación, a causa de las molestias que pueda sentir en algún momento del embarazo. Cuando trae al mundo al pequeño, suelen acrecentarse los trastornos en el sueño, debido a los requerimientos nocturnos del bebé que en la mayoría de los casos son más atendidos por las madres que por los padres, según comenta Isaac Mosquera (2009), neurólogo especialista en trastornos del sueño del Innap, quien explica que este comportamiento aumenta las posibilidades de sufrir alguna enfermedad autoinmune, como consecuencia de los patrones sociales impuestos a las mujeres en su función como madres, amas de casa y profesionales, tal como le ocurre a Karen Macías.

Levantarse con los primeros rayos del sol, bañarse y vestirse para preparar el desayuno para Gabriel y Santiago, sus hijos, son las primeras tareas diarias de la arquitecta de 34 años de edad. Después de servir los platos, despierta a los pequeños y a su esposo, Ángel, quien trabaja junto a ella en una oficina de arquitectos que crearon hace cuatro años.

Terminado el desayuno, limpia la cocina y deja lavando la ropa sucia para ir a llevar a los niños al colegio y visitar a su madre Elisa, quien se encuentra de reposo a causa de una operación en la rodilla izquierda. Su esposo, Ángel, la espera en la oficina para poner al día el proyecto de remodelación que ocupa toda la atención del negocio familiar.

Pasadas las cinco de la tarde, Karen busca a los niños de la institución educativa donde reciben además de las clases regulares, tareas dirigidas y actividades deportivas. De ahí vuelve a casa de su progenitora a chequear que la recuperación marche con buen pie, para luego retornar a su hogar a preparar la cena, poner a secar la ropa ya lavada y dejar todo en orden para la faena del día siguiente.

La experiencia de Karen es compartida por muchas representantes del sexo femenino. Son hijas, madres, esposas, profesionales y amas de casa al mismo tiempo. En un principio la organización social relegó a las mujeres a la atención y cuidado del hogar y los hijos, mientras el hombre se encargaba de la caza y las relaciones con otros grupos. Con las transformaciones sociales y la actividad del movimiento feminista sufragista, la mujer se incorporó a los espacios públicos que antes le estaban vetados, pero sin abandonar el seno familiar.

Es así como emergió el término de la triple jornada para designar al esfuerzo que asume la mujer al encargarse del hogar, del trabajo y de los roles sociales referidos al cuidado de los hijos, a su función como esposa, hija, hermana, entre otros. Jeannette Bastidas (2009), psicóloga social y profesora de la Ucla, considera que esta sobrecarga de ocupaciones, contradictorias para un sexo que siempre ha sido considerado frágil, pasa facturas a nivel físico y mental perjudicando la salud de las féminas.

Son esos mismos mandatos implícitos y transmitidos de generación en generación, los que predisponen a los hombres a encabezar las cifras de accidentes de todo tipo y muertes violentas, ya que desde pequeños se les ha inculcado no temerle al peligro para demostrar fuerza, pues el miedo es asumido como un atributo femenino.

Esta actitud masculina de exhibir su hombría por considerar débil todo lo que tenga que ver con las mujeres, viene fomentada desde tiempos inmemoriales, tal como explica en entrevista electrónica Leoncio Barrios (2009), psicólogo social y profesor de la UCV, para quien las damas “siempre fueron consideradas un recurso, un ser subordinado y subyugado al y por el hombre”.

A pesar de las transformaciones sociales, Barrios sostiene que esta situación de dominación sobre las féminas se mantiene aunque no con el mismo rostro, debido a que se trata de un conocimiento arraigado profundamente en la humanidad y que ha calentado con sus rayos de luz a todas las esferas sociales.

En la dinámica social androcéntrica se excluye a la mujer de la producción del conocimiento, asumiendo que la distinción de género no es importante a la hora de estos procesos, pues el ser humano ha sido incorporado sin el componente social.

“Tenemos maneras diferentes de percibir y entender el cuerpo por ser mujeres o ser hombres, así como también vivimos, enfermamos y morimos distinto”, asegura Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional, para quien esta realidad ha invisibilizado los problemas particulares de hombres y mujeres que se generan por el acatamiento a las normas sociales, especialmente de las damas quienes históricamente se han mantenido en una posición desventajosa al respecto, como resultado de la creación de una sociedad masculinizada en la que el hombre se apropió desde el principio de la vida pública.

Para Héctor Moreno (2009), enfermero y profesor de la UCV, el mayor problema de discriminación en torno a la salud se debe a la desigualdad de oportunidades para acceder a los sistemas curativos, tomando en cuenta los comportamientos socioculturales de mujeres y hombres. Desde 1988 en Australia se identificó oficialmente en la Declaración sobre las recomendaciones emanadas de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud Adelaida, que las féminas son las promotoras de la salud por excelencia, pues son ellas quienes se encargan de los cuidados de las personas que enferman en las familias.

Lucía Mazarrasa Alvear en su artículo Estrategias de promoción de la salud publicado el libro Perspectivas de salud en género (2001), asevera que la mujer se ha ocupado históricamente a las tareas reproductivas, “como son

las que tienen que ver con el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida” (Mazarrasa: 2001:88).

No es casual que el neurólogo Isaac Mosquera, la reumatóloga Alba Niño, la terapeuta ocupacional Lucía Alvarado y la psiquiatra María Elena Riera reciban a más mujeres que hombres en su consulta diaria. Por lo general, son ellas las que asisten con más frecuencia a los servicios de salud ante la amenaza de enfermedad, según advierte Marbella Camacaro (2009), miembro de la Unidad de Investigación de Estudios de Género Bella Carla Jirón de la UC, para quien este cuidado especial tiene que ver con la preocupación que tienen las damas de gozar de buena salud para atender a su familia y al hogar.

La visión androcéntrica que convierte al hombre en la figura fuerte en contraste con la debilidad femenina, ha alejado de la atención médica a los representantes del sexo masculino, quienes han asumido la enfermedad como una muestra de vulnerabilidad corporal. Considerar que acudir al médico es una flaqueza de las mujeres, perjudica la salud de los caballeros permitiendo que avancen las patologías al no recibir intervención profesional temprana.

Por otro lado, aunque las mujeres visitan con más frecuencia los centros hospitalarios, la mayoría de las veces sirven de acompañantes para el resto

de los miembros de la familia, con quienes se quedan generalmente en caso de hospitalización. “El cuidado de los enfermos está asociado con la ternura, la entrega y la capacidad para comprender el dolor del otro, valores que han sido asociados a lo femenino”, explica Ana María Aguirre (2009), psicóloga social de Plafam.

Las construcciones sociales en torno a los sexos develan comportamientos y actitudes importantes no solo en la manifestación y tratamiento de las enfermedades, sino también en la manera en la que ambos géneros se acercan a los sistemas de salud y cómo son atendidos por el personal médico.

### **Sesgo en la atención médica**

La diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo traer consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos, es la definición usada por María Teresa Ruiz para referirse al sesgo de género en la atención médica en el texto Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad, publicado en el libro Perspectivas de género en salud (2001).

Los mandatos sociales y su naturalización para generalizar el comportamiento de mujeres y hombres, son responsables en gran medida de la aparición de este sesgo de género. Para Ruiz el homogenizar las situaciones de riesgo de salud que presentan damas y caballeros y el considerar disímiles ambas experiencias cuando se tratan de los mismos casos, son la muestra de la falta de un enfoque de género para la atención médica.

El no incluir esta perspectiva, puede comprometer seriamente el bienestar de hombres y mujeres, pues se olvida que ambos tienen organismos, aunque muy similares entre sí, con diferencias claves responsables de que las enfermedades se reflejen de distinta manera, tal como es el caso del infarto cardiaco que en hombres se presenta generalmente con un dolor agudo en el pecho y el brazo, mientras que en las féminas aparte de esta sintomatología, también puede manifestarse a través de un punzante dolor en la boca del estómago.

Carmen Valls Llobert en el texto El estado de la investigación en salud y género compilado en el libro Perspectivas de género en salud (2001), considera que el sesgo de género en la medicina también se expresa cuando se supone que todas las afecciones tienen que ver con procesos de discriminación social, sin integrar de igual manera a las diferencias biológicas existentes entre ambos sexos.

En la medicina tradicional muy poco se han identificado las maneras particulares en las que hombres y mujeres pueden expresar síntomas y manifestaciones clínicas, pues se ha generalizado tomando en cuenta la experiencia masculina frente a la enfermedad. No ha pasado mucho tiempo desde que se determinó la diferente expresión que tiene la gonorrea en mujeres y hombres. Richard Guerrant en el libro *Enfermedades tropicales infecciosas* (2002), explica que en los caballeros la gonorrea presenta síntomas en 90% de los casos, mientras que en las damas más de la mitad de los casos no presentan síntomas visibles al contraer la infección.

La inflamación de la uretra es una manifestación clave de la aparición de la gonorrea en hombres, en cuyo organismo la enfermedad tiene un período de incubación de uno a 14 días.

En la anatomía de las mujeres la infección se comporta de manera diferente. El sangrado menstrual anormal, la aparición de la cervicitis y dolor en el recto, pueden ser algunos de los síntomas que este padecimiento muestra en el cuerpo de las damas, en el que el período de incubación suele ser mayor que en el organismo masculino.

Estas diferencias no han sido advertidas a tiempo por la ciencia médica, por lo que posiblemente numerosos casos que han podido resolverse

rápidamente, se han complicado al avanzar la enfermedad sin ser tratada correctamente, a causa del diagnóstico tardío.

Ruiz señala al respecto (2001):

Esta orientación también influye en el escaso conocimiento existente sobre las diferencias por género en la percepción de síntomas y la expresión de las quejas, y sobre cómo, en función del género, su red social de apoyo, afecta de forma diferente a la salud y al afrontamiento de los problemas de salud (166).

En la emergencia de cualquier hospital o clínica, es posible observar cómo las ciencias médicas atienden de diferente manera a hombres y mujeres. Jeannette Bastidas (2009), psicóloga social, afirma que en el Hospital Central Doctor Antonio María Pineda de Barquisimeto es común que un hombre sea atendido por accidente cardiovascular cuando llega a las instalaciones asfixiado, mientras que una mujer con los mismos síntomas es diagnosticada con un ataque de nervios sin proceder a realizar los exámenes pertinentes.

La apreciación de Bastidas del hospital que funciona dentro de la Ucla, coincide con las experiencias relatadas por Ruiz en su texto. “A menudo aprecian las quejas de los hombres como más serias, siendo las quejas de las mujeres valoradas, con mayor frecuencia, como que cuentan con un componente psicossomático” (Ruiz: 2001:167).

Esta consideración es otra de las formas en la que se evidencia cómo la medicina, heredera del androcentrismo, ha actuado en contra de la salud de las féminas, pues el conocimiento clínico que se tiene de su propensión a sufrir cuadros depresivos y emocionales es usado para asociar a priori cualquier síntoma con ataques de pánico o crisis nerviosas. El diagnóstico errado puede restarle tiempo a los galenos para actuar frente a emergencias reales, al confundir los síntomas y suponer la ocurrencia de patologías sin efectuar los exámenes requeridos, asumiendo que los problemas de salud más frecuentes de las damas son las depresiones y los episodios de ansiedad, relacionados con la supuesta naturaleza netamente emocional de las representantes del sexo femenino.

Las valoraciones atribuidas a comportamientos sociales, han abierto una brecha en el tratamiento médico a ambos géneros, pues es conocida la alta prescripción de tranquilizantes que se recetan a las féminas al asociar sus problemas de salud con ataques de pánico o nervios, según el testimonio de la psicóloga Jeannette Bastidas, la reumatóloga Alba Sofía Niño y la internista Olga Tovar.

Ruiz resalta en el escrito la posibilidad de que la ciencia médica se haya construido empleando métodos para registrar y clasificar las enfermedades en torno a las quejas y sintomatología de los caballeros, pasando por alto que éstas pueden tener diferente expresión en los cuerpos de las damas.

Estos errores en el diagnóstico tienen razón de ser por la naturalización del comportamiento biológico femenino, cuyo organismo ha tenido mayor esperanza de vida a lo largo de la historia con respecto al hombre, quien maneja mayores índices en las tasas de mortalidad. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el año 2007 el sexo masculino registró una tasa de mortalidad de 6,31%, mientras que la femenina se ubicó en 3,28%.

La mayor expectativa de vida de las mujeres se ha relacionado con un mejor estado de salud. Sin embargo, como reseña Ruiz en el artículo Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad (2001), las damas encabezan las tasas de morbilidad, con “mayor discapacidad durante la vida que los hombres, debido a que acumulan enfermedades no letales con una frecuencia mayor que lo hacen los caballeros” (Ruiz: 168).

Vivir unos años más que el hombre ha contribuido en que se minimicen los problemas de salud de las mujeres, al asumir que las enfermedades son benévolas en sus organismos, teoría sustentada en la creencia de que el cuerpo femenino está más preparado para enfrentarlas, debido a que es capaz de dar a luz.

Este conocimiento mal empleado ha sido parte del fundamento para justificar durante muchos años los pocos estudios clínicos e investigaciones profundas sobre la salud de las mujeres.

### **Unisexualidad en el laboratorio**

Hombre de raza blanca, con edad comprendida entre los 30 y 40 años y de aproximadamente 70 kilos, fue el modelo preferido por las ciencias médicas y farmacéuticas para realizar los ensayos clínicos con el fin de probar medicamentos y terapias. No es de extrañarse, cuando el hombre ha sido considerado el género neutro para referirse a la especie, y se ha asumido su experiencia como equivalente a la de las representantes del género femenino.

Aunque se conoce que las mujeres consumen más medicamentos con o sin prescripción médica que los caballeros, según los datos ofrecidos por Luis Pérez Aguirre en el texto *La salud también es una cuestión de género* (1999), paradójicamente son ellas las que han estado excluidas hasta épocas recientes de las pruebas de laboratorio para comprobar la eficacia de los fármacos.

Según el artículo *Medicina sexista* escrito por la periodista Myriam López Blanco, publicado en 1997 en *El Mundo de España* y disponible en

<http://www.elmundo.es/salud/1997/247/01806.html>, estudios como el de la diabetes, el de las píldoras para la dieta, los del VIH- Sida, los de tabaquismo y alcoholismo, los de trasplante renal, los referidos al efecto del hierro en los problemas cardíacos y el de la ingesta de una aspirina para reducir el riesgo cardiovascular, tomaron al varón como modelo ideal en sus ensayos clínicos, para conocer las causas y la eficacia de los tratamientos a través del suministro de medicamentos.

La variación cíclica de las hormonas femeninas que posiblemente podrían entorpecer los resultados de los ensayos y el peligro de experimentación en mujeres en edad de procreación, han sido parte de la justificación que se usó durante la época en la que el cuerpo del hombre era el modelo preferido de las investigaciones.

El temor a producir malformaciones en los fetos a consecuencia de la administración de fármacos en las pruebas de laboratorio, tiene razón de ser en el desconocimiento sobre los efectos que los medicamentos logran en ellos. Desde 1958 es recordado el caso de la talidomida, cuya acción traspasaba la placenta y provocó diversos daños genéticos en una gran cantidad de la población de recién nacidos por aquellos tiempos.

Salvatore Pluchino (2009), asesor científico del laboratorio Boehringer Ingelheim y profesor de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UCV,

reveló en entrevista personal, que a la hora de realizar los ensayos clínicos en los individuos sanos o en los pacientes, no es obligatorio usar una muestra estrictamente equitativa de hombres y mujeres.

Pluchino, quien trabaja en estos ensayos desde 1965, explica que cada medicamento para ser comercializado pasa por un largo proceso de pruebas que duran entre 10 y 12 años como mínimo y pueden llegar a costar hasta un billón de dólares.

Desde que se extrae una molécula de la naturaleza con propiedades farmacoterapéutas, generalmente botánica, comienzan las experimentaciones en animales. Dos especies de roedores y una de mamíferos, son los elegidos del reino animal para iniciar las pruebas que esta fase se denomina farmacología experimental. Al superar con éxito esta etapa, es decir, comprobar que la sustancia no es tóxica, no produce alteraciones en el feto y no favorece la formación de tumoraciones, se inicia la segunda fase de la experimentación, esta vez con seres humanos.

La farmacología clínica comienza con pruebas en individuos sanos que pueden ser de cualquier sexo, a menos de que se esté probando un medicamento de uso exclusivo para damas o para caballeros, como el caso de las terapias de reemplazo hormonal, empleadas en mujeres al llegar a la menopausia.

Posteriormente si el fármaco supera la prueba, indica Pluchino (2009), se efectúan los experimentos en pacientes en centros hospitalarios. En la medida en que los resultados privilegian al beneficio por recibir la sustancia, sobre el riesgo que implican los efectos secundarios, el fármaco saldrá victorioso a la tercera etapa donde se evalúan los efectos que tiene el compuesto en las diferentes razas, tal es el caso de la resistencia que presentan las personas de raza negra a las sustancias administradas para la hipertensión.

La última etapa del proceso se da inicio cuando el medicamento ha sido aprobado por las autoridades sanitarias del país y se continúan reportando los efectos secundarios a la medida que van apareciendo.

El catedrático de farmacología asegura que las muestras para todas las fases se realizan de manera aleatoria para evitar sesgos en la investigación. “No se establece que tienen que ser 50% hombres y 50% mujeres, esta distribución se hace al azar sin discriminar el sexo y luego al publicar el estudio se especifica la cantidad de mujeres y hombres que participaron”, dice Pluchino (2009), quien desconoce si anteriormente los ensayos clínicos se hacían exclusivamente en hombres, pero que considera que posiblemente hubiese esa preferencia, debido a que en épocas anteriores quizás fuese improbable que las mujeres se presentaran como voluntarias sanas a las pruebas.

La experiencia de quien fuese hace años director del laboratorio Boehringer Ingelheim, le ha demostrado que para atender a un paciente hombre y una paciente mujer no existen lineamientos diferentes, pues ambos son tratados bajo orientaciones similares que varían es según la raza, la edad y el peso corporal.

En esto coincide la farmacéutica Belkiss Dautant (2009), egresada de la UCV y encargada de la farmacia Fassa del Centro Comercial Ciudad Tamanaco ubicado en Caracas, al aseverar en conversación personal que el sexo no ha sido un factor desencadenante de efectos diferentes en los fármacos de uso común en damas y caballeros.

### **Química a favor de los géneros**

Por vivir más, se ha pensado que las mujeres enferman menos. Estas asociaciones han desembocado en una predilección por el cuerpo masculino a la hora de probar medicamentos y tratamientos, pues al tener una vida más corta necesitarían una mejor ayuda de las ciencias médicas. Es común que la salud de la mujer siempre se haya pensado relacionada con la ginecología y su función reproductora, mientras que enfermedades autoinmunes frecuentes en ellas como el lupus y la fibromialgia han sido poco exploradas por la investigación en medicina.

Carmen Valls, considerada una de las pioneras de la medicina de género en España, publicó en el artículo *El estado de la investigación en salud y género* (2001), ejemplos claves para visualizar la ausencia de representantes femeninas en las pruebas de laboratorios de los fármacos y terapias.

*Administration cooperative Study (Estudio de la administración cooperativa)* realizado en 1977 para investigar los beneficios de la cirugía coronaria, contó con la presencia de pacientes hombres con angina de pecho. El mismo patrón fue usado en *Multiple Risk Factor Intervention Trial (Múltiples factores de riesgo para la intervención trial)* en 1982 para probar el efecto de un programa de intervención multifactorial en las posibilidades de riesgo de muerte por las cardiopatías coronarias. La muestra fue de 12.000 hombres entre los 35 y 57 años de edad y elegidos al azar.

Valls señala como otro caso importante el *Physicians Heart Study (Estudios médicos del corazón)* efectuado en 1990 para medir el beneficio de la ingesta de aspirina en la prevención de accidentes cardíacos. La investigación se realizó con una muestra de 22.000 hombres sin la participación de ninguna representante del sexo femenino.

Como en toda regla hay sus excepciones, se destacan dos estudios cuyas muestras contaron con la participación femenina en la investigación. En 1948 el *Framingham Heart Study* para identificar los factores de riesgo en las

enfermedades cardiovasculares y sus diferentes expresiones, durante un largo período y con la participación de 2.336 hombres y 2.873 mujeres en la cohorte original. De igual manera, el *Nurse's Health Study* iniciado en 1976 contó con la intervención de 238.000 mujeres para precisar ciertas condiciones que inciden en la salud de las representantes del sexo femenino.

A la luz de los resultados del estudio Iniciativa para la Salud de la Mujer (WHI por sus siglas en inglés), el panorama en los laboratorios comenzó a cambiar. La investigación publicada hace 17 años, ha sido una de las más profundas y completas que se haya realizado en torno a la figura femenina, pues se usó una muestra de más de 161.000 féminas entre 50 y 79 años de edad, a fin de encontrar información sobre la prevención de enfermedades cardíacas, cáncer de colon, recto y mamas, y osteoporosis en las damas.

El estudio también enfocó su mirada en los beneficios y riesgos de las terapias hormonales en mujeres menopáusicas, en la prevención de padecimientos crónicos. Sin embargo, el aporte más significativo de la Iniciativa para la Salud de la Mujer tiene que ver con el precedente que marcó en las investigaciones médicas y farmacéuticas, al posar su atención en la salud de las damas.

Esta investigación dio paso a que se revisaran los contenidos de estudios pasados y a que se aprobara en 1996 en el Instituto Nacional de

Investigación en Estados Unidos, una normativa en la que se exigía no autorizar ni otorgar becas a los trabajos de investigación que no incluyeran a mujeres en la experimentación, o que en caso de excluirlas lo justificaran clara y explícitamente.

Diez años atrás los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos habían resultado aprobar una disposición para evitar la segregación de las damas en las investigaciones médicas y farmacológicas. Sin embargo, la resolución no había tenido el empuje necesario en aquel momento y es en la última década en la que estos lineamientos han tenido mayor cabida en los ensayos clínicos.

En 2005 la publicación de un estudio del Centro Médico de la Universidad Duke en Carolina del Norte, Estados Unidos, dio un giro de 180 grados a la manera en la que se recetaba la aspirina para prevenir accidentes cardíacos. Después de 10 años de investigaciones, el grupo de científicos, llegó a la conclusión de que la popular aspirina no es tan efectiva a la hora de prevenir daños cardiovasculares en las mujeres, como lo es en los corazones masculinos. Sin embargo, este medicamento resulta un gran apoyo para evitar accidentes cerebrovasculares en las damas, mientras que no protagoniza esta protección en los caballeros. Para Enrique Melgarejo (2009), cardiólogo colombiano, la certeza de este estudio que analizó los casos de 95.000 pacientes, demuestra las diferencias existentes entre los

dos géneros no sólo en cuanto a comportamientos sociales, sino en la forma en la que se asimilan los medicamentos y se ejecutan los procesos vitales.

En el artículo *¿De qué enferman las mujeres?* escrito por Elena Sanz y publicado en la revista española *Muy interesante* en septiembre de 2006, se hace referencia a que algunos antibióticos, antialérgicos y antipsicóticos son absorbidos de manera desigual por mujeres y hombres, lo que continúa despertando el interés por realizar nuevas pruebas de laboratorio para descubrir los efectos que pueden causar las sustancias en los organismos de damas y caballeros, después de haberse demostrado que lo que es bueno para ellos no tiene por qué ser bueno para todos.

Nuria Amarilla, consejera delegada de la *European Pharmaceutical Law Group (Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico)*, explica en el artículo *Los diferentes efectos de los fármacos según el sexo*, disponible en [http://www.eupharlaw.com/noticias/farmacos\\_genero.pdf](http://www.eupharlaw.com/noticias/farmacos_genero.pdf), que el hígado femenino posee más enzimas responsables de asimilar gran parte de los medicamentos ingeridos, conocimiento aliado para comprender que las sustancias son apropiadas de distinta manera por los dos sexos.

Por esta razón la Oficina de Responsabilidad Gubernamental de Estados Unidos (GAO, por sus siglas en inglés), consideró de suma importancia

solicitar los análisis específicos por sexo de los nuevos medicamentos, para poder aprobarlos.

Carmen Valls en el texto El estado de la investigación en salud y género, reflexiona al respecto (2001):

La ciencia médica, que había pretendido que estudiar al ser humano, ha tenido que cambiar sus paradigmas y reconocer que existen diferencias en la forma de enfermar, curar, de metabolizar los fármacos y en las causas de enfermar entre hombres y mujeres. Las mujeres son por primera vez estudiadas como personas, además de como seres reproductores y se hacen visibles para los médicos (178).

### **El enfoque se fortalece**

La presencia de la mirada de género en el área de la salud dejó de ser invisible. Cada vez son más las instituciones y estados que asumen esta perspectiva para aplicarla a todas las áreas del conocimiento y a las políticas públicas.

Desde la década de los 90 el tema del género empieza a cobrar importancia en las grandes organizaciones vigilantes de la salud a nivel mundial. Es así como se constituye en la OPS, un grupo de trabajo denominado Género, Salud y Desarrollo, con la finalidad de irradiar el aporte de la visión de género

en el quehacer de la asociación y procurar la equidad entre damas y caballeros.

Según la Constitución de la OPS, su propósito es la “promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes”.

En entrevista personal Miguel Malo (2009), asesor de población y desarrollo de la OPS, asegura que en el seno de la organización en la que trabaja el enfoque de género es considerado un elemento prioritario para lograr la equidad en términos de información sobre salud y acceso a los centros de atención médica.

Para el representante de la OPS en el país, “la incorporación de la perspectiva de género implica una ruptura con el paradigma patriarcal que tiene reflejo en numerosos asuntos de la salud y ha desmejorado el bienestar de la población”.

Con la llegada del año 2000, 189 países del mundo aprobaron la Declaración del Milenio, en la que puntualizan ocho objetivos a alcanzar dentro de los cuales destacan promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

Bajo estos lineamientos en 2002 la OMS formalizó la integración de la perspectiva de género, al publicar la Política de la OMS en Materia de Género con el objetivo de hacer más efectivas las labores de la institución de salud.

Amparada en la Constitución de la OMS que garantiza el goce del grado máximo de salud a todos los individuos sin importar raza, clase social, religión, ni género, esta declaración tiene razón de ser al reconocer las diferencias sexuales y de género entre hombres y mujeres como factores que interfieren en la salud.

Explica el texto que la OMS “velará por que todas las investigaciones, las políticas, los proyectos, los programas y las iniciativas incorporen las cuestiones de género, tal y como se afirma en el marco de política del presupuesto por programas para 2002-2003”.

Como parte del plan de inclusión del enfoque de género en las políticas, se creó la Unidad de Asuntos de Género que coordina las estrategias para asegurar la presencia de la perspectiva en todas las acciones de la organización. Estos esfuerzos han permeado tímidamente la academia médica, pues aunque en algunos países del mundo se ha comprendido la necesidad de atravesar el enfoque de género en la formación de los

profesionales de la salud, en otras latitudes son contados los profesores que conocen esta visión.

En Estados Unidos 14 casas de estudio han adaptado el curriculum a las exigencias de los estudios de género, incluyendo áreas de capacitación de los médicos residentes en mujer y salud, y en temas que no han sido frecuentemente enfocados hacia lo femenino, como las enfermedades cardíacas, endocrinas, infecciosas, neurológicas, muscoesqueléticas, de las vías urinarias, entre otras.

Además, en este país de América del Norte, se han creado diversas instituciones de formación sobre la mujer y el género como el Centro de Estudios de la Mujer en la *Florida International University*, cuya finalidad es promover “la investigación académica relacionada con la mujer y el género por la importancia que tiene la perspectiva de género en diferentes culturas y contextos”, según publica en su portal web disponible en [www.fiu.edu/~wstudies](http://www.fiu.edu/~wstudies).

La existencia del Centro de Estudios sobre Género y Sexualidad de la *New York University*; el Instituto para la Investigación de Género Michelle R. Clayman de la *Stanford University*, California; el Programa de Estudios de Género y de la Mujer de la *American University*, Columbia; el Hospital para Mujeres de Brigham; entre otros, dan una muestra de la preocupación que está generando en Estados Unidos las investigaciones sobre la mujer y la

importancia de la aplicación de una perspectiva de género para garantizar una salud plena a la población.

En España, uno de los países pioneros del llamado viejo mundo en estas investigaciones, las universidades de Granada, Huelva, Jaén, Jaime I, Lleida, Salamanca, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza ofrecen doctorados sobre los estudios de la mujer y de género. El doctorado que brinda la Universidad de Granada, titulado Estudios de las Mujeres y Género, dicta dos seminarios que tienen relación directa con la situación de la mujer en el campo de la medicina y las investigaciones científicas, estas son: Género, ciencia y salud pública: una perspectiva epidemiológica y Género, cuerpo y mujeres: prácticas de salud y discursos científicos (siglos XVI y XX).

En la región latinoamericana el crecimiento de los estudios sobre la mujer y el género han tenido cabida en diversos países. En Argentina la Universidad de Luján, promueve la reflexión e investigación acerca de las necesidades sociales de las damas y el papel que la perspectiva de género juega en la sociedad actual. Igualmente en Chile el Centro de Estudios de la Mujer aboca sus esfuerzos en la investigación sobre el género, principalmente en las áreas de trabajo y empleo, ciudadanía y políticas públicas.

Por su parte, el Colegio de México ofrece una maestría en Estudios de Género que ha sido la pionera en el país sobre la investigación acerca de las mujeres y las relaciones de género.

Por iniciativa de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, se celebra todos los 28 de mayo desde 1987 el Día Internacional de la Salud de la Mujer, como mecanismo de respuesta ante la morbilidad materna. Además, desde hace cinco años se celebra el Congreso Internacional de la Mujer, Trabajo y Salud cuya edición de 2008 se desarrolló en México y trató temas relacionados con las responsabilidades sociales de la mujer actual, su situación laboral y su salud pero planteada desde un enfoque no tradicional, partiendo de las variables salud- enfermedad.

Estas instituciones han hecho posible la comprensión del enfoque de género como una visión necesaria para alcanzar el mayor grado de salud posible para la población, así como un elemento para lograr la equidad entre los dos géneros y el desarrollo de las naciones.

Mari Luz Esteban en el artículo El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud, publicado en el texto Perspectivas de género en salud (2001) reconoce el papel de la institucionalización del enfoque de género para su aplicación, al considerar que en “la mejora general de la salud ha tenido importancia los descubrimientos y avances

médico-científicos, pero han sido determinantes los cambios político-económicos referidos a las formas de vida, trabajo, alimentación, etc. que relativizan la influencia de lo sanitario” (Esteban:2001:46).

## **CAPÍTULO V. EL GÉNERO EN LA SALUD CRIOLLA**

La aprobación de leyes no discriminatorias, una pujante incorporación a la Educación Superior y la conquista del voto son hechos que dieron a las venezolanas la satisfacción que producen las batallas ganadas, durante la lucha por la equidad entre las mujeres y los hombres que vio luz en Venezuela en el siglo XX.

La reforma del Código Civil en 1942, que permitió a las féminas ejercer la patria potestad de sus hijos, la celebración por primera vez en el país del Día Internacional de la Mujer en 1944, la eliminación de la subordinación femenina en el matrimonio tras la reforma del Código Civil en 1982, la promulgación de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer en 1998 y la puesta en marcha del Instituto Nacional de la Mujer (Inamujer) en 1999, son logros que encaminaron a las damas hacia la igualdad de los derechos sociales y jurídicos, opina María del Mar Lovera en Reflexiones acerca del 8 de marzo Día Internacional de la Mujer, un artículo publicado en la versión electrónica de la Revista Venezolana de Estudios de la Mujer en 2008, disponible en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012008000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012008000100012&script=sci_arttext).

El año 1999 despidió el siglo XX dándole a Venezuela una nueva Carta Magna que consagra la igualdad jurídica entre los venezolanos y

venezolanas, utiliza un lenguaje de género, que visibiliza tanto a las mujeres como a los hombres, da preeminencia al goce de los derechos humanos sin ningún tipo de discriminación, reconoce la labor de las amas de casa como una actividad económica y establece equidad en el ejercicio del derecho al trabajo.

La inserción de la diferenciación de género en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) representa un avance para el afianzamiento de la igualdad de las damas y los caballeros en el sistema jurídico, porque evidencia que el otro individuo existe, expresa Irene Torres (2008), profesora de Sociología Jurídica de la Escuela de Derecho de la UCV.

Sin embargo, Torres advierte que hay una gran distancia entre el Derecho que se imprime en los textos y el que refleja la vida en sociedad. “La idea de pasar de una sociedad machista a una igualitaria es una tarea titánica que debe empezar en la familia y la escuela. El Derecho ayuda a que la transformación se dé de una manera más organizada, edificando un sistema legal orientado a que las inequidades comiencen a disminuir”, dice en entrevista personal.

Dilia Ribeiro (2008), profesora de Derecho Civil de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la UCV, considera que a través del Derecho se han

ido invalidando conceptos que justificaban la exclusión femenina y anulaban los cambios sociales.

“La CBRV derrumba todo tipo de discriminación al establecer como valores nacionales la igualdad, la justicia, la no subordinación y la defensa de la dignidad de todas las personas”, señala la abogada en entrevista personal.

El artículo 23 de la CRBV, que da rango constitucional a los tratados sobre los derechos humanos suscritos por la nación, apega el ordenamiento jurídico venezolano a la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Cedaw, 1979), la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena,1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem do Pará, 1994), y la Cuarta Conferencia de la Mujer (Beijing, 1994).

Asimismo, el artículo 72 de la Ley de Medicamentos (2000) acopla los ensayos clínicos a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, donde se establecen los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

En el siglo XXI, Venezuela también fortalece su apego a los principios de la bioética, disciplina que “examina los temas de ética de las profesiones de la

salud en una perspectiva abierta al diálogo, al pluralismo y a la integración de certidumbres morales. Se trata de un campo interdisciplinario vinculado al bienestar humano, el avance tecnocientífico y la preservación del ambiente”, indica la OPS en su portal web, disponible en <http://www.paho.org/Spanish/BIO/acerca.htm>.

La Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación (2001) ratifica los fundamentos de esta rama de la ética, contemplados en los artículos 122 y 127 de la CRBV, institucionalizando el Comité de Bioética, organismo precedido por la Comisión Nacional de Bioética creada en 1998 en el Ministerio de Sanidad y Asistencia de Salud, hoy Mpps.

Flor María Ríos (2009), presidenta de la Comisión Permanente de la Familia, Mujer y Juventud de la Asamblea Nacional (AN), indica en conversación personal que estos instrumentos legales guían el trabajo de la Comisión para garantizar que exista el enfoque de género en todas las leyes y políticas públicas.

“Nuestra Constitución establece la igualdad, y ahí es importante destacar que la naturaleza biológicamente nos trae como hembras o varones, y es el proceso socio - cultural el que establece diferencias al colocar discriminaciones basadas en género”, dice la diputada.

En entrevista personal, el abogado Guillermo Iribarren (2009) expresa que los países y los organismos mundiales han reconocido la necesidad de asumir obligaciones que zanjen las desigualdades históricas creadas en torno a los sexos.

“Las leyes y los acuerdos internacionales están dirigidos especialmente a la protección de la mujer, con el fin de lograr un cambio de conducta en nuestras sociedades y equilibrar los hechos sociales”, asevera Iribarren.

De acuerdo con la diputada Ríos (2009), la incorporación de la perspectiva de género en la legislación permite fomentar la creación de presupuestos y políticas dirigidas a los sectores especiales de la población, como son las niñas, los niños, los adolescentes, los enfermos, los ancianos y las personas de pocos recursos económicos.

“Hay que permear la cultura de los hombres para asumir con mayor sensibilidad todas las políticas públicas. Cuando un país logra incorporar el enfoque de género en sus leyes, avanza hacia la democratización y la paz, porque una sociedad que invisibiliza a la mujer no puede construir armonía”, asegura la parlamentaria.

La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003), la Ley Sobre la Condecoración de la Orden Heroínas de la Patria (2007), la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de

Violencia (2006), la Ley de Promoción y Protección a la Lactancia Materna (2007), la Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (2007), el Proyecto de Ley de Protección Social a las Amas de Casa (2008) y el Proyecto de Ley Orgánica para la Equidad e Igualdad de Género (2008), son mecanismos legales nacientes del mandato constitucional, que buscan disminuir las desigualdades de género en el siglo XXI.

La diputada Ríos (2009) considera que el Proyecto de Ley Orgánica para la Equidad e Igualdad de Género (2008), aprobado en primera discusión por la AN en el mes de junio de 2008, es un instrumento de avanzada, pues incorpora los derechos sexuales y reproductivos de los hombres y las mujeres, contempla los derechos de las féminas privadas de libertad, y las garantías políticas y económicas de todos los individuos.

“Para la segunda discusión proponemos que el título sea cambiado a Ley Orgánica para la Equidad e Igualdad de Mujeres y Hombres para visibilizar a ambos géneros. Hemos bajado la aceleración para hacer una consulta más profunda. Nos estamos reuniendo con instituciones del Poder Público y organizaciones de grupos humanos de diversas orientaciones sexuales”, señala Ríos, quien estima que la aprobación en segunda discusión de este instrumento legal se haga en el segundo trimestre de 2009.

Para la construcción de este texto legal la AN estudió la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer de Costa Rica (1990), la Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia de Ecuador (1995), la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar de República Dominicana (1997) y la Ley General para la Igualdad de Hombres y Mujeres de México (2006).

Dilia Ribeiro (2008), profesora de la Escuela de Derecho de la UCV desde hace 11 años, opina que el hecho de que la CRBV no permita la conformación de parejas homosexuales, frena la plena aprobación de este instrumento jurídico.

Desde el año 2005 el Inamujer, junto con el Banco de Desarrollo de la Mujer (Banmujer), el Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (Unifem), el Fondo de Población de Naciones Unidas (Unfpa), el Pnud y la Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ), ejecuta el Proyecto de Implementación de Presupuestos Sensibles al Género en la República Bolivariana de Venezuela.

“Es la forma en que el sexo y los valores culturales (...) inciden en las posibilidades que tienen ellas y ellos de gozar plenamente de sus derechos y de acceder a servicios públicos como la salud”, así define la condición de género el ABC de los Presupuestos Sensibles al Género en la República Bolivariana de Venezuela, divulgado en el año 2006, donde también se

precisan conceptos como brecha salarial, brecha de acceso, roles de género, violencia contra las mujeres y empoderamiento.

La publicación difunde los términos y nociones que pretenden soldar la perspectiva de género en las políticas públicas, el presupuesto nacional y el municipal:

En ocasiones, la inversión de fondos de naciones, estados y municipios propicia de manera directa o indirecta, que las mujeres permanezcan en posición de desventaja con respecto a los hombres. Un Presupuesto Sensible al Género considera las diferencias entre hombres y mujeres, las relaciones de poder existentes (entre mujeres, entre varones o entre varones y mujeres), los distintos tipos de trabajo que ellos y ellas realizan, así como la forma en que usan su tiempo, en ocasión de distribuir asignaciones a una u otra política pública (44).

### **Inequidades en la mira**

Según las proyecciones de población del INE, basadas en la información recogida en el XIII Censo General de Población y Vivienda realizado en el año 2001, 28.384.132 personas viven en Venezuela en 2009.

De acuerdo con las cifras del organismo, 14.148.781 venezolanas cuentan con la Defensoría Nacional de los Derechos de la Mujer, instancia jurídica del Inamujer, y con la Oficina Especial de los Derechos de la Mujer de la

Defensoría del Pueblo, para reclamar el cumplimiento sus derechos sociales, políticos, jurídicos y económicos.

Por su parte, la Misión Madres del Barrio “Josefa Joaquina Sánchez”, creada por Decreto Presidencial en el año 2006, ofrece a las madres y demás integrantes de familias en condición de pobreza extrema, la posibilidad de incorporarse a planes sociales que le permitan tener acceso a la educación, la salud, la vivienda, la cultura, la recreación y al ejercicio de sus derechos políticos. Además, la institución prevé una asignación económica que oscila entre 60% y 80% del salario mínimo, ubicado en 879 Bolívares Fuertes.

En el portal web de la organización, disponible en <http://www.misionmadresdelbarrio.gob.ve/quees-creacion.php>, se refiere la necesidad de involucrar a las mujeres y las comunidades en los programas que buscan enfrentar la pobreza extrema, pues “la ama de casa en estado de necesidad es la lideresa de todos los procesos de transformación en el núcleo de la familia venezolana”.

Datos del INE revelan que en el segundo semestre del año 2007 existían 1.804.628 hogares pobres, de los cuales 497.427 estaban conformados por familias en situación de pobreza extrema.

El Banmujer, fundado en 2001 como un ente facilitador de servicios financieros y no financieros a las féminas de pocos recursos para insertarlas

en el desarrollo socio -económico del país, se une al Inamujer y a la Misión Madres del Barrio “Josefa Joaquina Sánchez” como ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género (Minmujer), creado en el mes de abril de 2009, anterior Ministerio de Estados para Asuntos de la Mujer, fundado en 2008.

A través del Observatorio Bolivariano de Género (OBG), el Minmujer hace seguimiento a las políticas dirigidas a disminuir las inequidades de género en la sociedad venezolana.

Los resultados del informe Incorporación al Mercado de Trabajo de Mujeres y Hombres, publicado en 2009 y reseñado por la Agencia Bolivariana de Noticias (ABN) en el artículo Venezolanas conquistan con éxito cada vez más espacios laborales y políticos, disponible en [http://www.abn.info.ve/reportaje\\_detalle.php?articulo=1078](http://www.abn.info.ve/reportaje_detalle.php?articulo=1078), revelan que en los últimos 20 años ha aumentado la inclusión de las féminas a la fuerza de trabajo. Se calcula que en la última década se han incorporado 150.000 mujeres anualmente.

La investigación refiere que a finales del año 2008 la tasa de desocupación se ubicó en 7,6% para los caballeros y 8% para las mujeres, porcentajes que evidencian una disminución de la brecha entre ambos géneros con respecto

al segundo semestre del año 2000, cuando el indicador se situó en 14,4% para las féminas y 12,5% para los hombres, según cifras del INE.

El informe destaca la participación de las mujeres en cargos de liderazgo en la política nacional. Entre los años 1989 y 1998, 17 mujeres ejercieron como ministras, mientras que 114 hombres se incorporaron al gabinete gubernamental. Desde el año 1999 hasta el 2009, 26 despachos han sido representados por féminas y 106 por hombres.

Olga Roldán (2009), especialista en salud ocupacional, opina que la aplicación del enfoque de género en el campo laboral ayuda a seguir transformando el mundo de la normatividad masculina.

Para la profesora de la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer de la Ucla el hecho de que de los cinco Poderes Públicos venezolanos, cuatro estén dirigidos por mujeres, evidencia que se han dado pasos para el logro de la igualdad, pero considera que aún falta mucho por hacer.

“La equidad numérica ayuda a entender que existimos, pero no hace que tengamos pensamiento de género. Asumir políticas con visión de género implica pensar diferente todos los aspectos de la vida en sociedad”, asegura Roldán (2009), docente desde hace nueve años.

De acuerdo con el Informe sobre Desarrollo Humano 2007 – 2008, La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido, elaborado

por el Pnud, disponible en [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_20072008\\_SP\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_SP_Complete.pdf), el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Venezuela es de 0,792 puntos, ubicando al país en el puesto 74, en el rango de desarrollo humano medio, de las 177 naciones que son evaluadas.

Con respecto al Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG), indicador que mide las desigualdades sociales entre hombres y mujeres según la esperanza de vida, la educación y el nivel de vida digno, calculado por la estimación de ingresos percibidos por sexo, el país ocupa el puesto 68 de 157 países, con un IDG de 0,787 puntos, y una esperanza de vida para las mujeres de 76,3 años y para los hombres de 70,4 años.

0,542 puntos es el Índice de Potenciación de Género (IPG), indicador que evalúa el nivel de oportunidades de las mujeres venezolanas de acuerdo a la participación política, la participación económica, el poder de decisión y la estimación de ingresos recibidos. En este caso, el país se sitúa en el puesto 56 de 93 países.

## **Derecho a la salud: El sueño del bienestar para todos**

“La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”, sentencia el artículo 83 de la CRBV.

El diputado Rafael Ríos Bolívar (2009), miembro de la Subcomisión de Salud de la AN, resalta el principio de universalidad consagrado en el artículo 84 de la Carta Magna, que obliga la edificación de un sistema de salud que cubra las necesidades de toda la población sin distinción de sexo, edad, cultura o religión.

“Al establecer que Venezuela es un Estado de justicia y de derecho la CRBV respalda la no discriminación, ante el conocimiento de que en la sociedad desde hace muchos siglos la mujer ha sido marginada. Asimismo, valida que todas las personas tienen derecho a la seguridad social como un servicio público no lucrativo que garantice salud”, dice en entrevista personal el presidente de la Subcomisión de Seguridad Social, Política y Programas Sociales de la Comisión permanente de Desarrollo Social Integral de la AN.

Según el Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007 Situación del Derecho a la Atención Sanitaria, realizado por el Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud, la CRBV construye barreras en

cuanto al alcance del derecho sanitario en su ejercicio, cobertura y exigibilidad:

Cuando se formula como derecho humano y en función de cumplir el principio de la universalidad de la atención sanitaria, las garantías constitucionales deben extenderse más allá de las disponibilidades públicas. El artículo 84 establece que “Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados”. Por lo tanto, el sistema sanitario del cual habla la Constitución abarca solamente los servicios que presta el Estado directamente dentro de lo que ha sido hasta ahora el modelo de atención asistencial, y deja por fuera la atención privada (69).

Desde el año 1999, el presupuesto asignado al Mpps está por debajo del 2% del Producto Interno Bruto (PIB). La investigación, realizada con información recabada durante 2007 en once comunidades de los estados Distrito Capital, Lara, Vargas y Zulia, señala que este es “uno de los gastos más bajos del mundo, ubicándose en 122\$ por persona para el 2006”.

Un estudio del Pnud en el año 2006 sobre la inversión pública necesaria para alcanzar la meta de reducción de la mortalidad infantil y materna dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, calcula que la universalidad de la atención médica gratuita cuesta entre 7% y 10% del PIB. El Informe del Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud refiere que la OMS aconseja a las naciones realizar una inversión no inferior al 5% del PIB.

El gasto del sector privado en Venezuela supera al del sector público al ubicarse en 3% del PIB, según el Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007, estudio que estima que las transferencias del Estado

“representan 40% del gasto familiar, 86% de las familias destinan el mayor gasto a medicinas , 70% de las personas gastan frecuentemente en servicios públicos, y más del 50% del personal pide de vez en cuando colaboraciones a los usuarios”.

Al ser la segunda red de atención médica en el país, el sistema sanitario privado cuenta con 457 hospitales y clínicas especializadas, en contraste con los 178 establecimientos del sistema público asistencial. Sin embargo, la capacidad del sistema público es mayor a la de atención privada, pues más del 91,2% de los establecimientos privados son hospitales con menos de 60 camas y se estima que 90% tienen un carácter lucrativo.

El Mpps, ente rector del Sistema Público Nacional de Salud, tiene como organismos adscritos al Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas (Sefar), el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, el Instituto Nacional de Nutrición, la Fundación Misión Milagro, la Fundación Misión Barrio Adentro, entre otros.

La Red de Clínicas Populares, fundada en 2004, y los Centros Médicos de Diagnóstico Integral (CDI), creados 2006, son iniciativas decretadas por el Ejecutivo Nacional con la finalidad de aliviar la afluencia de pacientes en los hospitales.

De acuerdo con la doctora Sayndra Borges (2009), investigadora del Observatorio Venezolano de Salud del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (Cendes), esta nueva red de salud,

usada por 17, 37% de los venezolanos, en contraste con el sistema tradicional que atiende 57,90% de la población y el privado que asiste 24, 72% de los usuarios de los servicios sanitarios, no representa una solución real al abandono de la salud de los ciudadanos más necesitados.

“El problema con iniciativas como Barrio Adentro es que fueron pensadas como herramientas políticas, olvidando los fines asistenciales, y esto se demuestra con su escasa presencia en los estados más desatendidos como Delta Amacuro y Amazonas”, opina la cirujana, durante la IV Jornada sobre Periodismo de Salud, realizada por Laboratorios Pfizer el 14 de octubre de 2009.

Por su parte, el Proyecto Madre arrancó en el año 2006 en todo el país para atender la salud sexual y reproductiva de la población y reducir la tasa mortalidad materna, dedicando especial cuidado al género femenino durante la maternidad y la lactancia.

Manuel Arias (2009), director de la estrategia, indica en entrevista personal que “este año (2009) se incorporó como línea de acción el acompañamiento de la familia a la mujer en el proceso reproductivo, haciendo énfasis en la manera cómo el hombre está presente en este proceso, dentro de la nueva responsabilidad y masculinidad que se quiere construir”.

Durante el primer semestre de 2009 se registraron 96 muertes maternas en el país, siendo las causas más frecuentes la eclampsia y las insuficiencias respiratorias y cardíacas, según cifras del Proyecto Madre.

En el mismo período de tiempo, fallecieron 1.888 infantes en el territorio nacional en su mayoría por asfixias perinatales, prematuridad, insuficiencias respiratorias, infecciones y neumonía.

Arias (2009) indica que están trabajando en reactualizar los protocolos de atención para la emergencia obstétrica, dirigida a la parte normativa de supervisión, prevención y erradicación de las tasas de mortalidad.

Para el gineco - obstetra, la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003) tiene la ventaja de que no está parcializada a la mujer. “En la visión materno – infantil el que queda excluido es el hombre porque la oferta de servicios para su salud en el área preventiva y de promoción es escasa, por lo que hay menos recursos”, dice.

El especialista considera que si el sistema de salud no está cruzado por la variable del género, no se está trabajando para cubrir las necesidades de las usuarias y los usuarios. “Los servicios de salud fueron diseñados muchas veces por hombres que no se paseaban por la idea de que ese espacio lo iba a utilizar una mujer. El ejemplo típico es que a pesar de que hay una

normativa para que los consultorios de ginecología tengan un baño, tú vas al sector público y los espacios de los hospitales viejos no lo tienen”, agrega.

Destaca que aunque existe una normativa con enfoque de género, se requieren decisiones políticas que garanticen su ejecución y cumplimiento.

El Informe del Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud advierte que en Venezuela existe discriminación en salud cuando no se puede tener acceso a los servicios y tratamientos por falta de dinero, y cuando se niega la atención médica por falta de insumos o medicamentos.

“25% de las familias entrevistadas expresaron haber sido afectadas por la negación de atención, 12,5% de estas familias afirmaron que tal situación ocurrió en hospitales públicos y, una pequeña proporción, en centros de barrio adentro”, refiere el trabajo.

Agrega que 16,3% de las familias ha recibido tratos discriminatorios o degradantes y que 100% de estas situaciones ocurrieron en hospitales públicos.

“Si llegamos a los más excluidos, somos capaces de llegar a toda la población”, reza una nota en el documento que rige la creación de la Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas del Mpps.

Dentro de los objetivos de la dependencia está llevar salud a toda la población, disminuyendo las brechas sociales a través del monitoreo de los

planes públicos y la consistencia entre las asignaciones presupuestarias y las estrategias gubernamentales. Sin embargo, el sargento encargado del departamento se negó a conceder una entrevista sobre el trabajo del departamento.

### **El género acecha la legislación en salud**

Aprobada en primera discusión por la AN el 14 de diciembre de 2004, la Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud pretende sepultar a la Ley Orgánica de Salud, publicada en la Gaceta Oficial N°36.579 del 11 de noviembre de 1998.

El epígrafe El enfoque de género introduce el artículo 8 del nuevo instrumento legal, que indica:

La transversalización del enfoque de género implica la incorporación de los análisis, diseño de políticas, planes y ejecución de acciones en salud, la visibilidad de los efectos que tienen las decisiones para hombres y mujeres, buscando el impacto positivo sobre las condiciones de inequidad para el acceso de la salud que les expone a patrones epidemiológicos diferenciales de enfermedad y muerte.

Rafael Ríos Bolívar (2009), parlamentario miembro de la Subcomisión de Salud de la AN, destaca la necesidad de aprobar la Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud, pues la Ley Orgánica de Salud sólo se

compromete con la no discriminación en los artículos 29 y 69, donde se detalla que la atención médica y el respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes deben darse sin distinción de edad, sexo, raza, condición política, económica o religiosa.

“La ley vigente es pre constitucional, por lo tanto no tiene enfoque de género. Es una ley opuesta al articulado de la CRBV que establece una serie de derechos humanos, civiles y políticos que tienen que ver con la igualdad de oportunidades de las venezolanas y los venezolanos”, dice el diputado.

Según el Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007: Situación del Derecho a la Atención Sanitaria, la Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud ratifica los avances y las limitaciones de la Carta Magna sobre el derecho sanitario, pero también adopta mecanismos que permiten que los pies del Estado crucen la frontera del sistema público.

El principio de relevancia pública, que da a la salud “supremacía en todas las políticas nacionales y sobre cualquier acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizar su pleno ejercicio como derecho, provenga del sector público o privado”, consagrado en el artículo 3 y la regulación, inspección, control y sanción de la atención pública y privada mediante un órgano de contraloría, son algunos de los aportes del instrumento legal.

El Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud considera que la creación del Instituto Nacional de Atención Médica Integral, como un organismo adscrito al Mpps que agrupa todos los centros de atención médica del sector público, plasmada en el artículo 28 de la Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud, es un “retroceso constitucional”:

Revertir la descentralización de los servicios sanitarios no supone necesariamente una mayor integración del sistema. Los problemas de fragmentación (...) han tenido que ver con la dificultad para llegar a consensos sobre el modelo de integración nacional más conveniente para alcanzar los objetivos de universalidad de la atención sanitaria y equidad del sistema (...) En lo que se refiere a la concentración de garantías en el sistema sanitario público, la recentralización podría añadir mayores restricciones, debido a que deja por fuera capacidades institucionales existentes en g obernaciones y municipios, y contradice el derecho consagrado a la participación en el diseño, ejecución y control de las políticas sanitarias (74).

Para Ríos Bolívar (2009), médico especializado en pediatría y cuidados intensivos pediátricos, la revisión de los instrumentos legales que amparan la salud es una tarea urgente pues, la concepción de la salud como una condición de bienestar biopsicosocial debe impregnar la legislación venezolana.

Sin embargo, la Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud no está en la agenda de la AN en el año 2009. Ríos Bolívar estima que a finales de año se tenga diseñado un proyecto de informe para la segunda discusión.

La Ley de Ejercicio de Farmacia (1928), la Ley de Defensa contra Enfermedades Venéreas (1941), la Ley de Ejercicio de la Medicina (1982), la Ley sobre Transfusiones y Bancos de Sangre (1977), la Ley de Colegiación Farmacéutica (1978), el Código Médico Forense (1978), la Ley de Ejercicio de la Psicología (1978), la Ley sobre Transplante de Órganos y Materiales Anatómicos en Seres Humanos (1992) y la Ley de Inmunizaciones (1996), son instrumentos de la normativa del sector salud que merecerían ser examinados.

María Isabel Cedeño (2009), abogada del Centro de Estudios de la Mujer de la UCV (CEM), coincide con Ríos Bolívar al otorgar vital importancia a la actualización legal, pero advierte que alcanzar el “ideal de justicia e igualdad” no sólo requiere normas.

“La legislación en salud debe sensibilizar a los hombres y las mujeres, especialmente a aquellos que trabajan en la administración de justicia, para que apliquen el enfoque de género diariamente, y esto sólo se logra a través de una educación para la igualdad”, opina Cedeño en conversación personal.

### **Metamorfosis curricular: Una tarea pendiente**

Además de ser un derecho humano fundamental reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la educación se ha constituido como un elemento de empoderamiento, definido en el ABC de los Presupuestos Sensibles al Género en la República Bolivariana de Venezuela como el proceso a través del cual las personas conscientes de sus capacidades, participan colectivamente o como ciudadanos y ciudadanas en los procesos de toma de decisión y transformación social.

De acuerdo con Flor María Ríos (2009), presidenta de la Comisión Familia, Mujer y Juventud de la AN, es necesario revisar el modelo educativo para emparar con el enfoque de género todos los niveles de enseñanza.

La Educación Superior venezolana cuenta con planes de estudio especializados en el área de investigación sobre mujeres y género. La Maestría en Estudios de la Mujer dictada por el CEM, tiene un programa donde se presentan como líneas de investigación los temas: Las mujeres y las políticas públicas, mujer y desarrollo, mujer, género y pobreza en Venezuela, violencia hacia la mujer, psicoanálisis y género, conquistas legales de las mujeres venezolanas en el siglo XX y género, salud sexual y reproductiva. Igualmente, el CEM ofrece asignaturas, cursos y talleres a

través del Programa de Cooperación Interfacultades (PCI) de la casa de estudios.

En entrevista personal, Alba Carosio (2009), directora del CEM, afirma que “hay que penetrar la academia para sembrar la semilla del género, pero es un trabajo de hormiga”.

La licenciada en Filosofía agrega que la Facultad de Medicina no ha sido demasiado permeable a estos temas. “Hay algunos médicos sensibles al género, pero por su ocupación y porque a veces tiene poca relación con el resto de la universidad, todavía no es algo que la institución incorpore”, dice.

Yusmary Vargas (2009), licenciada en Enfermería y coordinadora del Servicio Comunitario de la Escuela de Enfermería de la UCV, advierte que el currículo de la Facultad de Medicina no está enfocado a atender las diferencias biológicas y sociales entre los hombres y las mujeres.

“En la universidad no hay un currículo donde se le enseñe al estudiante de las diferentes áreas de la salud cómo atender y solucionar los problemas relacionados con la salud tanto de hombres como de mujeres. Se da una información genérica en relación al hombre como un todo”, dice en conversación personal.

Para Luisana Gómez (2009), profesora del CEM, la formación médica y la medicina venezolanas están desfasadas. “La academia tiene que superar el

modelo tradicional de salud-enfermedad porque es mercantilista, biologista y disuelve las diferencias de género que operan en los cuerpos femeninos y masculinos. Es tarea de la universidad y de los gremios adecuarse a los cambios, porque la transformación de la sociedad no puede esperar más”, expresa la psicóloga social.

Isabel Zerpa (2009), coordinadora del área de docencia del CEM, opina que la inclusión de la perspectiva de género en la educación es un paso que debe darse obligatoriamente para avanzar hacia la desintegración de los patrones sociales discriminatorios.

“Es importante que la educación aborde el concepto de equidad de género no solamente centrado en la mujer sino en la igualdad de oportunidades y que ahonde en los contextos sociales, políticos y económicos en los que se desenvuelven hombres y mujeres para educar desde allí”, dice Zerpa en entrevista personal.

De acuerdo con Héctor Moreno (2009), profesor de la Escuela de Enfermería de la UCV, la educación en género que se dé a los futuros profesionales sanitarios es vital para combatir las inequidades sociales, pues “no se puede tener salud si hay desigualdad en el acceso a la información”.

La Ucla, ubicada en Barquisimeto, estado Lara, dicta la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer desde el año 1999. Su fundadora, la doctora Alba Niño

(2009), indica que comenzó a estudiar la vida de las mujeres desde la concepción hasta la senilidad, tras observar la repetición de patrones de enfermedad en las pacientes que asistían a su consulta de reumatología.

“La multiplicidad de roles, mucho cansancio y fatiga, poco tiempo libre, culpabilidad y poco apoyo del esposo y los hijos en las tareas del hogar eran elementos comunes en las pacientes”, dice Niño en entrevista personal.

La médica internista advierte que en la medida en que se desarrolla, la maestría se está volviendo muy teórica. “Las personas que reciben la formación no ejercen, y las que ejercen, ejercen muy poquito, pienso que la formación debe ser de más utilidad en el ejercicio profesional. Hace falta más experiencia, apenas vamos para la quinta cohorte”, opina Niño, quien estima que para el año 2011 se abra un doctorado sobre salud pública.

Para la psicóloga María Elena Riera (2009), profesora de la asignatura Mujer y psiquis, incluir el enfoque de género en los currículos y en el ejercicio de la profesión, despoja los mitos creados alrededor de la salud de las mujeres y los hombres.

“A través de la formación en género veremos la salud de la mujer tal como es y no como suponemos que es. Hasta que no se discrimine que hay una manera de enfermarse de las mujeres y una manera de enfermarse de los

hombres, los medicamentos no van a ser distintos y los abordajes no van a ser diferentes”, dice Riera.

En este sentido, la doctora Olga Tovar (2009), directora del Programa de Medicina de la UCLA, indica que la comisión de currículo está trabajando en el nuevo diseño curricular basado en el perfil de competencia, que busca la atención integral de los pacientes a través de la formación en género.

“Un estudiante debe ser educado para ser receptivo con los pacientes y tomar en cuenta los aspectos biológicos, sociales y psicológicos de hombres y mujeres, así como los hábitos y costumbres que rigen sus vidas y las relaciones que establecen con las otras personas”, dice la cirujana. Tovar calcula que la reforma curricular estará lista para el año 2010.

En el núcleo Aragua de la UC, la Unidad de Investigación de Estudios de Género “Bellacarla Jirón Camacaro” trabaja para transversalizar el enfoque de género en el plan de estudio de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La profesora Daisy Meza (2009), investigadora del área de desarrollo, evaluación y diseño de currículos de pregrado y postgrado, indica que todas las construcciones a nivel de pregrado y postgrado se hacen desde la lógica de lo masculino, obviando las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre damas y caballeros.

“En la medida en que estos elementos sean visibles en los pensum, va a ser posible una mejor cultura porque se fijará en la conciencia de mujeres y hombres una manera diferente de ver las cosas. Una manera más clara, más coherente, que favorezca la construcción de una ciudadanía más saludable basada en la equidad, que no sea sólo en puro discurso, sino que además propicie una educación para la paz”, dice en entrevista personal Meza, quien trabaja como investigadora en la línea de violencia doméstica y violencia intrafamiliar de la Unidad “Bellacarla Jirón Camacaro”.

Marbella Camacaro (2009), directora general de la Unidad, dice que la tarea de incluir la perspectiva de género en la casa de estudios no ha sido fácil. “La gente aún hoy en el siglo XXI no entiende de qué se trata el género, se mantiene un concepto cultural que dice que hablar del género es hablar mal de los hombres”, dice la especialista en el área de violencia de género y salud.

El seminario optativo Derechos sexuales y reproductivos, dictado en la Escuela de Bioanálisis y el seminario doctoral Salud desde la perspectiva de género para el desarrollo nacional, son iniciativas de la Unidad que, junto a tesis presentadas en la Escuela de Medicina, han logrado insertarse en los programas de estudio.

Tras 18 años de trabajo de la Unidad, Camacaro considera que la lucha por derrumbar las barreras que impiden el paso de la perspectiva de género a las academias venezolanas es lenta.

“Venezuela está muy atrasada en comparación con otros países. En naciones Colombia, Uruguay, Paraguay y Brasil el discurso de género es más aceptado. Espero y sueño que las cosas cambien, indudablemente creo que la transformación tiene que venir en algún momento y para eso trabajamos”, dice Camacaro.

La Universidad del Zulia (LUZ), la Universidad de los Andes (ULA), la Universidad de los Llanos, la Universidad de Oriente (UDO), la Universidad Rafael Urdaneta, la Universidad Nacional Experimental “Rafael María Baralt”, la Universidad Simón Bolívar (USB) y la Universidad Católica Cecilio Acosta también ofrecen cátedras en las que se reflexiona sobre la perspectiva de género en el país.

## **CAPÍTULO VI. EL GÉNERO: INVITADO A LA CONSULTA MÉDICA**

A raíz de los resultados de las investigaciones originadas desde hace aproximadamente 30 años, cuando la curiosidad científica se posó en las diferencias orgánicas entre los dos sexos y la manera en la que mujeres y hombres viven, mueren, enfrentan la salud y la enfermedad, se comenzó a organizar un concepto que dejaba en evidencia también las disimilitudes que encarnan ambos géneros al acceder a la salud.

Esta nueva interrogante sobre los comportamientos de caballeros y damas frente a los procesos de salud, estuvo sembrada por los avances que el enfoque de género había alcanzado en las ciencias sociales y que poco a poco fueron trasladándose al terreno de las ciencias naturales.

Para María Clarivel e Iliana Castañeda (2003), autoras del artículo web Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la APS disponible en [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo\\_11.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo_11.pdf), la inclusión de la perspectiva de género en el análisis de los asuntos concernientes a la salud “ha venido a visualizar las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean

diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de hombres y mujeres”.

La medicina de género tuvo su aparición en la década de los 90, según explican María José Barral e Isabel Delgado, en el artículo Dimorfismos sexuales del cerebro: una revisión crítica publicado en el libro Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres (1999). Las autoras consideran que el génesis de esta mirada de género en la salud tiene que ver con la inclusión de la mujer en el mundo científico como médicas, investigadoras y docentes haciéndose visibles en una esfera de origen netamente masculino.

Barral y Delgado puntualizan que la aplicación del enfoque de género al estudio de la salud en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades toma en cuenta los problemas de salud y las posibilidades de acceso a la atención sanitaria tanto de hombres como de mujeres.

En el artículo El enfoque de género en la construcción de conocimiento científico, publicado en la Revista Digital Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, la profesora Hilda Rodríguez coincide en que la perspectiva de género en la medicina tiene razón de ser por:

El reconocimiento de las contribuciones de las mujeres en el desarrollo científico y tecnológico, la necesidad de ampliar la participación de las mujeres en las áreas de conocimiento relacionadas con este desarrollo, la identificación de las dificultades de las mujeres por participar en áreas del conocimiento y al procedimiento que hace invisible como objeto de estudio, por parte de las actividades científicas y tecnológicas, a la población de mujeres y hombres con diferentes necesidades y resultados del conocimiento científico.

La visión del género en la salud garantiza la promoción, prevención, protección y atención de la salud enfocadas en función a las necesidades específicas de damas y caballeros, ubicados en su contexto territorial y cultural, tal como se indica en el Plan de Articulación para la Implementación de Presupuestos Sensibles al Género para el 2010 impulsado por el Inamujer.

En la introducción al libro Perspectivas de género en salud (2001) los autores C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero. M. Barral, T. Fernández y T. Yago reconocen que el enfoque de género en la medicina surgió para nutrir la visión tradicional médica que incluía sólo las variables sexo, edad y composición orgánica, olvidándose del carácter sociocultural construido a partir de la distinción sexual.

La preocupación por parte de algunos médicos y especialistas en el género ha arado en los mares del diagnóstico, tratamiento, prevención e investigación en salud, pues el camino apunta hacia una visión holística del

ser humano, integradora de todos los aspectos que forman a mujeres y hombres y los convierten en entes biológicos, psíquicos y sociales diferentes.

Siguiendo la corriente del género, María Teresa Ruiz en su artículo Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: Sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad publicado en el libro Perspectivas de género en salud (2001) expone que “se necesita una visión completa de los factores sociales que están en la base de la enfermedad, relación médico-paciente, y conductas de salud, para encontrar las diferencias de género” (Ruiz: 2001: 168).

El enfoque de género en salud no pretende excluir el componente biológico del análisis médico, sino integrarlo a todos los demás aspectos sociales y psicológicos que también forman parte de los signos necesarios para elaborar un diagnóstico acertado y por tanto, un tratamiento que sane y prevenga la aparición de nuevos problemas de salud. Las diferencias biológicas y fisiológicas entre hombres y mujeres no son descartables aunque ambos sean miembros de la misma especie, pues influyen en la manera en la que se manifiestan las enfermedades y los procesos curativos.

## **Dos géneros, dos vidas**

A sus 44 años de edad, Santiago Durán ingresó a la Policlínica Metropolitana, ubicada en la urbanización Caurimare en Caracas, con un fuerte dolor en el pecho y en el brazo izquierdo. Los médicos no dudaron en atender el corazón del abogado, que daba claras evidencias de sufrir un infarto. La rápida intervención de los galenos le salvó la vida al padre de dos niños, quien después de cuidados especiales que lo alejaron del cigarrillo, el licor y las frituras, retornó a los tribunales.

Julia Ferrer no corrió con la misma suerte. Cuando un punzante dolor en la boca del estómago la obligó a acudir a la emergencia de un centro hospitalario, los síntomas confundieron a los médicos tratantes, quienes no imaginaron que la sensación similar a la de la gastritis, era el signo de un evento cardiaco. La profesora de 61 años de edad relata que primero fue tratada por el malestar estomacal, antes de que los médicos se dieran cuenta a través de un electrocardiograma que algo más ocurría. Le atribuye a la virgen la Milagrosa el poder contarle, pues a pesar de no haber recibido la atención debida de forma inmediata, fue pequeña la extensión del músculo del corazón que se perdió a causa del poco tránsito sanguíneo.

Entender que las enfermedades se evidencian de manera desigual en los cuerpos de hombres y mujeres y la importancia que tienen los roles sociales

en la aparición y desarrollo de las patologías, es necesario para que la medicina cumpla a cabalidad con su misión curativa y preventiva. Sin este conocimiento es probable que el caso de Julia se repita constantemente en los espacios de los centros de salud públicos y privados de Venezuela.

El artículo La perspectiva de género en los servicios de salud colgado en el portal web del Consejo Internacional de Enfermeras disponible en [http://www.icn.ch/matters\\_gendersp.htm](http://www.icn.ch/matters_gendersp.htm) explica que la integración de la visión del género en la actividad médica reconoce que los caballeros y las damas poseen experiencias y necesidades diferentes que tienen que ser atendidas, comprendidas y evaluadas por el personal de salud.

¿Un enfoque que permita a mujeres y hombres tener las mismas oportunidades de acceso a los servicios de salud y que atienda las diferencias biológicas, psicológicas y sociales que los caracterizan, se traduciría en un mayor estado de bienestar para la población masculina y femenina?

Lucía Mazarrasa en el texto Estrategias de promoción de la salud compilado en el libro Perspectivas de género en salud (2001), señala que el análisis de este enfoque en salud significa “tener en cuenta la falta de poder de las mujeres sobre su salud, motivado por su posición de subordinación histórica

en la sociedad, lo que ha supuesto y conlleva su relegación al ámbito doméstico”.

Velar por la salud del núcleo familiar, es una de las tareas para la que las féminas han sido educadas. Ana María Aguirre (2009), psicóloga social de Plafam, explica que esta atribución de la función de cuidadora ha sido responsable de que las mujeres descuiden progresivamente su salud, debido a que generalmente llevan primero a los hijos, al esposo, a la madre, al padre, etc. a consulta médica antes de ir ellas, así presenten síntomas de alguna enfermedad. Luego de atender los padecimientos de la familia es que las damas, si les queda tiempo y dinero, recurren al chequeo médico y muchas veces los problemas de salud que pudieron ser prevenibles, terminan siendo diagnosticados a destiempo y pasando factura al complicarse y comprometer el estado de bienestar.

Una mirada más integradora de Carmen Valls Lloret en el mismo libro, afirma que la única manera de estudiar las desigualdades de género en el terreno de la salud es poseer una “visión de los problemas basada en lo biológico, psicológico y social”, pues es este el sendero que conducirá a una atención médica más especializada, eficaz y consciente de la influencia de las distintas formas de vida en el estado de salud.

Tratamientos, terapias y fármacos más efectivos que vencen enfermedades y prevengan su reaparición son los beneficios más palpables de una medicina que, sin ignorar lo biológico, camine de la mano de los elementos sociales y emocionales que influyen en la vida de cada ser humano.

La perspectiva de género en la salud llegó para hacer visibles estas diferencias orgánicas y sociales entre mujeres y hombres y acercarles a ambos la posibilidad de acceder a los sistemas de salud, a fin de que gocen de un estado de bienestar físico y mental. “La lógica positivista ha desdibujado las diferencias entre unos y otros y los estudios de género en salud rescataron esas maneras distintas de enfermar y vivir la salud de hombres y mujeres”, dice Daisy Meza (2009), historiadora y profesora de la Escuela de Medicina del núcleo de Aragua de la UC.

Bajo este enfoque la medicina deja de ser sólo la ciencia que diagnostica y cura enfermedades. Se adentra en la historia biológica, psicológica, social y cultural de cada paciente para despojarlo de los problemas de salud, pero también para evitar que éstos vuelvan a aparecer por hábitos inculcados por los patrones sociales y los comportamientos asignados a cada género.

Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional y profesora de la maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Ucla, considera que la importancia de adoptar esta visión en la práctica médica es la nueva manera

en la que se pueden enfrentar los problemas de salud desde tres dimensiones a saber, la construcción social de las identidades, las relaciones de poder entre los géneros y sexos y las asimetrías o desigualdades sociales que se evidencian gracias a los procesos anteriores.

El ser hombre o mujer trae consigo distintas maneras de percibir el cuerpo propio y de forjar los comportamientos y actitudes a través de ese reconocimiento biológico. Esta experiencia, según Roldán (2009), es la que colabora en cómo ambos géneros asumen la enfermedad y la salud y ha concebido una realidad social en la construcción de las identidades. De allí que lo femenino se ha asociado con la fragilidad, mientras que la identidad masculina ha estado del lado de la fuerza y la rudeza.

Las relaciones de poder entre damas y caballeros también entran en juego al apropiarse del enfoque de género en salud, pues éstas se manifiestan en las diferencias en torno a la sexualidad, la violencia que ha sido adjudicada al comportamiento masculino, la interacción médico- paciente y la movilidad entendida como el acceso que tienen unos y otros a los sistemas de salud.

El tercer aspecto a tomar en cuenta para incluir el enfoque de género en la asistencia en salud, son las desigualdades sociales generadas por la determinación de los roles. Las condiciones individuales y familiares son aportes necesarios para los diagnósticos y tratamientos médicos, pues dan

seña de las asimetrías socioeconómicas de los pacientes y cuáles ocupaciones o estilos de vida influyen en el despertar de ciertas dolencias, tal como explica Roldan (2009).

Clarisa Rojas a sus 52 años comprendió que habían sido los años pulsando las teclas de la máquina, los responsables del procedimiento quirúrgico que ahora tenía en puerta, ella a quien le aterraban los quirófanos y se había negado a operarse la rodilla después de un accidente de tránsito. Todo comenzó por una sensación de hormigueo que se apoderó de su mano derecha y la obligó a suspender el trabajo que realizaba desde hace 25 como secretaria en un colegio religioso de Caracas. El dolor, el entumecimiento de los dedos y su profesión, hicieron claro el diagnóstico de síndrome del túnel carpiano para el traumatólogo, quien de inmediato le inmovilizó la muñeca.

La Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Secot) indica en su portal web disponible en [www.secot.es](http://www.secot.es) que la patología se expresa frecuentemente en mujeres de 30 a 60 años de edad que utilizan las manos en determinadas posiciones de forma reiterada, se caracteriza por afectar el nervio que rige la movilidad y sensibilidad de los dedos.

En entrevista personal, Lucía Alvarado (2009), terapeuta ocupacional, comenta que Clarisa es una de las féminas cuya salud se ve afectada por la labor que desempeñan en sus puestos de trabajo. Para la profesional de la

salud y egresada de la maestría Desarrollo Integral de la Mujer de la Ucla, este padecimiento junto con las lumbalgias, es decir los dolores que se hospedan en la zona lumbar de la columna vertebral, prefieren a las damas que en su mayoría son las que ocupan los cargos de secretaria y personal de limpieza.

Alvarado (2009) señala que cuando un hombre va a consulta médica, generalmente ha sufrido un accidente laboral, producto del manejo de maquinarias y equipos pesados que les provocan fracturas y hernias.

“Frecuentemente las discapacidades de los hombres derivan de accidentes laborales o de hechos violentos, a diferencia de las mujeres cuyas discapacidades son originadas por enfermedades”, dice la especialista, quien asegura que esta realidad responde al comportamiento masculino de exposición al riesgo.

La interiorización de la violencia como parte de la naturaleza de los caballeros, se ha convertido en un problema de salud pública no sólo para ellos, sino también para las féminas.

El Anuario 2006 del Mpps refleja que más del 80% de las víctimas de homicidios en el país son hombres entre los 15 y 45 años de edad. Durante

el período 1996- 2006 fallecieron por esta causa 65.286 representantes del sexo masculino, mientras que 4.335 mujeres murieron por la misma razón.

Como víctimas secundarias de la violencia, califica el artículo El duelo tiene rostro de mujer publicado en el periódico El Nacional el día 20 de septiembre de 2009, a las féminas que caen en luto ante la pérdida de padres, esposos, hijos y hermanos.

El reportaje, escrito por el periodista David González, refiere que aproximadamente 1.000.000 de personas han perdido un familiar en hechos violentos desde 1996 a 2006, de las cuales 660.000 son mujeres, lo que representa las dos terceras partes del total.

Tristeza, dolor, aflicción y rabia son emociones que invaden a quienes lloran a sus seres queridos. Los niveles de inseguridad y violencia que enfrentan los venezolanos no sólo se expresa en los 69.621 asesinatos que ocurrieron en el decenio 1996- 2006, sino que también se traducen en un desmejoramiento de la salud y calidad de vida de quienes atraviesan el duelo y luchan por sobrevivir.

El duelo es definido por Ana María Aguirre (2009), psicóloga egresada de la UCV, como el proceso en el que un individuo se acostumbra a una nueva situación que tiene que ver con la pérdida bien sea de un ser querido, una

relación amorosa, el robo de un vehículo, etc. “Es como un viaje que las personas hacen, es un pequeño tránsito desde estar con la persona a adaptar de nuevo la vida a la ausencia de ese ser”, explica la especialista, para quien el proceso culmina satisfactoriamente cuando se acepta la pérdida y se aprende a vivir con ello.

Magally Huggins, investigadora del Centro de Estudios de Desarrollo de la UCV, indica en El duelo tiene rostro de mujer, que la pérdida de familiares por hechos violentos se ha convertido en un problema de salud pública que afecta principalmente a la población femenina.

“Ellos mueren y ellas lloran”, dice la especialista quien agrega que el duelo deja una sensación de desamparo que afecta y mantiene al margen de la vida cotidiana a quien lo padece.

Asumir estos conceptos es necesario para brindar un servicio médico adecuado y acorde a la realidad de los pacientes. Para ello toda atención debe estar acompañada de un interrogatorio a fondo que ayude a develar la situación social de la persona y aporte elementos enriquecedores en la búsqueda del estado de bienestar.

Es importante que los profesionales de la salud posen su atención no sólo en los síntomas y signos de la enfermedad, sino que atiendan a las

condiciones sociales, culturales y de género de cada individuo que pueden contribuir en su desarrollo o curación. Es el caso de las personas que en la búsqueda de mayores recursos económicos ocupan puestos laborales en horarios nocturnos, alterando el proceso normal de sueño y descanso, lo que podría desencadenar patologías autoinmunes como la fibromialgia y potenciar las dolencias de quienes sufran cefaleas continuas.

### **Sentidos agudizados**

En el año 1986 Alba Sofía Niño se graduó de médico internista de la Universidad Central de Venezuela y para ese momento notó que la mayoría de los pacientes eran caballeros. Cuando ingresó a la práctica privada como reumatóloga, le llamó la atención observar cómo en su área la morbilidad era mayor en las damas, tendencia que aumentaba en las mujeres jóvenes.

La multiplicidad de roles, el despertarse de madrugada para atender el hogar, las responsabilidades fuera de casa y el poco tiempo para el descanso y disfrute eran factores repetidos constantemente en las féminas que acudían a consulta con la doctora Niño. Al conocer que tres de sus colegas no mayores de 25 años habían sido diagnosticadas como hipertensas, Niño decidió estudiar el asunto a fondo y presentó como trabajo

de ascenso para la Escuela de Medicina de la Ucla el proyecto de la creación de una maestría para los profesionales de la salud titulada Desarrollo Integral de la Mujer y que abarcaba el aspecto legal, social, psicológico y biológico.

Con los conocimientos ya asimilados, la reumatóloga empezó a aplicarlos en las consultas diarias con los pacientes hombres y mujeres. Desde ese entonces elaboró una ficha propia para escribir la historia clínica que no sólo incluye las preguntas de rigor como el sexo, edad, antecedentes de enfermedades y síntomas, sino que además incluye una batería de interrogantes necesarias para intentar conocer la realidad de la persona.

“Yo siempre hago las preguntas de la mejor manera, si tienen hijos, cómo es la composición en el hogar, qué ocupaciones tiene cada quién en la casa, cómo se sienten con sus vidas”, comenta la especialista.

Niño (2009) recuerda que en una oportunidad llegó al servicio médico un señor de edad avanzada con una enfermedad respiratoria crónica. Al preguntarle por qué enfermó, el paciente lloró y después de una larga conversación le contó que había enviudado y aún se sentía muy mal por la pérdida. “Le pregunté por las cosas que había dejado de hacer cuando se le fue la compañera, hablamos de cómo se enamoraron, de las cosas felices que vivió con ella y eso es importante porque no son sólo pacientes con enfermedades, son personas con sentimientos cuya salud puede verse

afectada por estas emociones”, explica la reumatóloga y profesora de la Ucla.

Olga Tovar también advirtió el gran valor de una buena historia clínica para prestar una atención médica eficaz y acorde a los mandatos sociales de cada género. Para aprobar la maestría Desarrollo Integral de la Mujer que cursaba, la internista decidió desarrollar una investigación en un grupo de residentes de primer año de la Escuela de Medicina de la Ucla para estudiar cómo abordaban a los pacientes que llegaban a la emergencia. Los resultados arrojaron que el abordaje era exclusivamente biológico, por lo que no se le prestaba atención a las condiciones sociales, familiares y personales que el individuo traía consigo.

“El hecho de que una mujer sea soltera con hijos, que tenga que trabajar y atender el hogar, son datos importantes que hay que recoger porque uno sabe que influyen en el desarrollo de la enfermedad”, afirma Tovar (2009), quien observando los resultados de su estudio construyó un modelo de historia clínica que contempla una amplia gama de los aspectos sociales, culturales y económicos de los pacientes.

Al conocer la situación que envuelve al paciente, se pueden realizar modificaciones de vida para evitar la reincidencia de enfermedades. “Nos dimos cuenta de que si interrogamos sobre todos estos temas, podemos

atender integralmente la salud de mujeres y hombres. Si un paciente viene con artritis reumatoidea y el médico se limita a curarla nada más y no se preocupa por indagar sobre la forma de vida de la persona, es posible que al mes la enfermedad vuelva a aparecer, porque no se supo que el paciente trabajaba como mantenimiento en un colegio, tomaba dos taxi para ir a su empleo, tenía que atender a los hijos, al hogar, etc.”, ejemplifica la internista y profesora de la Ucla.

Profundizar en la realidad individual de los hombres y las mujeres para identificar las particularidades que marcan sus conductas y hábitos de vida, la manera en que construyen su identidad sexual y cómo sus personalidades, problemáticas y actitudes se insertan en el entramado social, es primordial para comprender las causas y las consecuencias de las enfermedades que los vigilan sin distinción de edad, nivel educativo, ni estrato social.

Una investigación auspiciada por la Universidad de Auckland de Nueva Zelanda, cuyos resultados están disponibles en [http://noticias.universogay.com/revelador-estudio-en-nueva-zelanda-sobre-adolescentes-gays\\_06062009.html](http://noticias.universogay.com/revelador-estudio-en-nueva-zelanda-sobre-adolescentes-gays_06062009.html), revela que los adolescentes homosexuales tienen más posibilidades que los heterosexuales de verse afectados por depresión. La discriminación, el acoso y el pertenecer a

familias homóforas desencadenarían éste problema de salud en el grupo etario.

En el año 2008 la revista *Pediatrics* publicó un estudio, referido en <http://www.ambienteg.com/vida-sana/la-salud-mental-de-los-adolescentes-gays-con-familias-homoforas>, que indica que los jóvenes que se sienten rechazados socialmente por su orientación sexual son seis veces más propensos a sufrir alteraciones en su estado de ánimo.

Ante estas realidades, reconocer los factores sociales y culturales que impregnan la vida de cada persona, desencadenando trastornos de salud que reducen su calidad de vida y amenazan su desarrollo, es un paso hacia adelante que debe dar la medicina para actuar positivamente sobre los indicadores de padecimientos y perfeccionar los diagnósticos y tratamientos.

Además de realizar un vasto interrogatorio para conocer la realidad circundante de la persona a tratar, es fundamental que el médico se deslastre del paradigma tradicional de la medicina occidental, que para Miguel Malo (2009), “ha expropiado el poder que tienen el individuo sobre su propio cuerpo y de su capacidad de autocuidado al imponer al médico como el único capaz”.

La inclusión del enfoque de género en salud, implica una ruptura con el modelo tradicional biologicista que tiene la concepción patriarcal del médico como el protector y portador de la sabiduría para curar enfermedades y no para prevenir los padecimientos al detectar las situaciones que predisponen a unos y a otros a deteriorar su salud.

Esta mirada en la medicina, permitirá tener una visión integral de hombres y mujeres, pues como afirma María Elena Riera (2009), psiquiatra y profesora de la Ucla, el enfoque de género ayudará a “derribar ciertas verdades que habían sido impuestas en el mundo de la medicina y que no son tales”, en beneficio de alcanzar un mejor estado de salud al atender a cada género según sus condiciones de vida.

### **El género se abre paso en la escena mundial**

Identificar y derribar las desigualdades instauradas en los servicios médicos como muros que impiden a hombres y mujeres gozar plenamente de su salud y recibir atención óptima de sus necesidades y dolencias, es una meta que persigue la Unidad de Género y Salud de la OPS, y que han adoptado naciones como España, Estados Unidos, Colombia y Venezuela, a través de diversas instituciones.

En la IV Conferencia Mundial sobre Mujeres, celebrada en Pekín en el año 1995, la ONU asumió formalmente el *mainstreaming* o enfoque transversal como una estrategia para visibilizar el género en todos los niveles y etapas de las políticas y programas públicos.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (Ecosoc) precisa que la transversalización del género es (1997):

El proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida la legislación y las políticas o programas, en cualquier sector y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas, en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad.

Isabel Yordi, directora del programa de género de la OMS – Europa, expresa en el artículo La política de género en la OMS, publicado en 2003 por la revista electrónica *Quark*, disponible en <http://www.prbb.org/quark/27/default.htm>, que el género es un condicionante clave de la salud, tan importante como la raza, la religión, el estrato social y el nivel económico de las personas.

No considerar el género simplemente como algo relativo a la salud sexual y reproductiva, sino como un condicionante de vida presente en todas las sociedades, e involucrar a los hombres en el trabajo de género, son los dos grandes retos a enfrentar por los Estados y las organizaciones de salud, según la licenciada en Ciencias Políticas, quien asegura que:

Mientras el trabajo siga siendo exclusivamente femenino, seguiremos teniendo un enfoque en el que no nos vamos a integrar transversalmente en la salud pública. Trabajamos con inequidades y como la mayoría perjudica a las mujeres, la mayoría del trabajo va a dirigirse a integrarlas, pero la incorporación sistemática del género implica evitar la polarización: salud de mujeres y salud de hombres.

El Programa de formación de formadores y formadoras en perspectiva de género en salud (Pffpsg) desarrollado en el año 2007 por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Grupo de Investigación y Estilos Psicológicos, Género y Salud de la Universidad Complutense de Madrid, aborda las áreas de violencia contra las mujeres, salud mental, enfermedades cardiovasculares, VIH – Sida, alimentación y nutrición, salud laboral, desigualdades sociales y salud sexual y reproductiva.

En el documento La aplicación del enfoque de género al estudio de la salud: El Programa de formación de formadores y formadoras en perspectiva de

género en salud, Concha Colomer Revuelta, representante del ente de salud español, y María del Pilar Sánchez López, docente de la casa de estudios madrileña, refieren que aunque mundialmente se reconoce la importancia de incorporar las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre los hombres y las mujeres en los estudios médicos, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, los planes públicos y la investigación en salud, son escasos los programas centrados en el análisis de la salud desde esta perspectiva.

“En España existen en algunas universidades y titulaciones asignaturas optativas y algún reciente título propio relacionados con género y salud, que se deben sobre todo al esfuerzo individual de docentes conscientes de la necesidad de ofrecer formación en este campo”, dicen las especialistas.

Miguel Malo (2009), asesor de población y desarrollo de la OPS en Venezuela, quien ha trabajado en el área de promoción de salud en naciones como Brasil y Ecuador, opina que aunque en gran parte de los países de la región hay institutos o ministerios de la mujer, hace falta que se profundice en las políticas de género para hacerlas efectivas.

“Hay casos en los que los avances se quedan en términos retóricos y en otros lo que sucede es que hay un grupo fuerte de mujeres que se han instalado en las organizaciones sociales, pero que todavía no tienen el poder

suficiente para transversalizar sus propuestas en las políticas públicas, y yo diría que esto es lo que pasa en Venezuela”, dice Malo.

El doctor indica que el cumplimiento de los mecanismos legales con perspectiva de género, como la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, implica la sensibilización de las instituciones, proceso que varía en cada nación.

“Hay países en los que los organismos tienen un área especial para discutir el género y la salud, entonces se facilitan los procesos, que es el caso de Brasil. En cambio, en Venezuela el tema de género y salud no está incluido en el Mpps”, agrega.

Según Malo (2009) es necesario que los funcionarios públicos y los profesionales de salud incorporen el enfoque de género en su quehacer, pues de lo contrario “su pensamiento y acción se mantendrán dentro de los límites estrictos del patriarcado”.

El doctor Manuel Arias (2009), director del Proyecto Madre del Mpps, dice que el programa que encabeza es la única estrategia del ente de salud que contempla dentro sus propósitos el enfoque de género. Sin embargo, considera que el nombre de la iniciativa debería ser “Proyecto de Salud

Sexual y Reproductiva”, para involucrar a hombres y mujeres de todas las edades.

Para el gineco – obstetra, la poca interrelación que existe entre la red de salud conformada por los centros públicos y privados, los módulos de Barrio Adentro, los CDI, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (Ivss), los hospitales e instituciones militares y el Mpps y sus organismos adscritos, dificulta el manejo de estadísticas certeras sobre la salud de la población venezolana y entorpece la ejecución de las políticas públicas.

“Una de las debilidades del sistema de salud venezolano es la fragmentación de las instituciones que lo conforman. La solución no es técnica, es política. El mayor problema está en que hay decisores tomando medidas equivocadas sobre el destino de los recursos, y esta es un traba que está presente en nuestra historia política desde hace muchos años”, agrega Arias (2009).

El Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud advierte que la universalidad y la equidad del sistema sanitario venezolano se ven afectadas por la falta de comunicación y coordinación funcional y territorial de los entes que lo conforman, así como los contrastes que existen en su financiamiento y los grupos que atienden.

El informe de la organización concluye que:

La mayor fragmentación está en los servicios sanitarios públicos, con más de 100 sistemas de prestación sanitaria diferentes. El otro sistema, menos fragmentado, es el del aseguramiento público (...). El papel de la autoridad nacional lo ejerce el Mpps, pero en la práctica cada sistema responde a una autoridad gubernamental diferente. También existe el sistema de atención privada, con una amplia diversidad de figuras administrativas (22).

El trecho que separa a los entes del sistema sanitario también dibuja líneas divisorias entre los venezolanos y su bienestar físico, mental y social, al dificultar el abordaje certero y multidisciplinario de las enfermedades que pueden alojarse en los cuerpos de los más de 28.000.000 millones de habitantes que viven en el país.

La falta de comunicación entre las instituciones, que impide el manejo de datos precisos sobre la incidencia de las patologías y la escasa unificación de criterios para su curación, obstaculizan la construcción de una estructura médica integrada que atienda oportunamente a hombres y mujeres y produzca campañas masivas de prevención para educar a la población sobre padecimientos como el infarto, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares, males que juntos cobraron la vida de 52.911 venezolanos en el año 2006.

Incorporar el enfoque de género en la medicina es necesario no sólo para comprender y combatir las enfermedades que acechan a las damas y los caballeros, sino también para conocer y reducir el impacto que tiene el ignorar en la práctica médica las diferencias y similitudes que caracterizan sus estilos de vidas y determinan la forma en que fallecen.

La profesora Daisy Meza (2009), integrante de la Unidad de Investigación de Estudios de Género “Bellacarla Jirón Camacaro” de la UC, considera fundamental que el Estado supere el discurso que aniquila las diferencias sobre cómo viven y enferman las mujeres y los hombres, para que pueda garantizar calidad de vida a los ciudadanos.

Para la historiadora, la familia, la sociedad y el Estado deben dejar de ser sistemas de reproducción de la lógica masculina, para convertirse en núcleos de educación en género.

“Estamos formando ciudadanos y profesionales desvinculados con la realidad mundial que exige cambiar la manera cómo se ha atendido a los seres humanos. El desempeño del equipo de salud en los centros hospitalarios fuera más efectivo si se le educara para entender que tiene un papel protagónico en la erradicación de las inequidades que afectan la salud pública”, dice Meza (2009).

Olga Lucía Roldán (2009), licenciada en terapia ocupacional, opina que el desconocimiento y el temor a la transformación, son factores que impiden que el discurso de género inunde la práctica médica.

“La gente en el área de la salud cree que incorpora el género cuando en las investigaciones en lugar de sexo, ponen género masculino o femenino. Yo les digo que pongan sexo porque es más honesto, pero es complicado porque aún falta mucho por entender”, dice Roldán.

La eliminación de factores de riesgo y la reincidencia de enfermedades, son beneficios que traería la entrada en vigencia de una medicina que reconozca las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre damas y caballeros.

El integrar el enfoque de género en salud hubiese permitido que el médico tratante de María Josefina Camacho, diagnosticara a tiempo la artritis que se alojó en sus articulaciones desde las 19 primaveras y que pasó 22 años sin ser descubierta. El diagnóstico tardío desmejoró la calidad de vida de la actual gerente de mercadeo de una compañía de telefonía móvil, pues continuamente el dolor en la cadera le impedía moverse con facilidad y la mantenía dependiente de desinflamatorios y calmantes a causa de las fuertes crisis.

Una historia clínica a profundidad que reveló la presencia del mal de las articulaciones en el hermano mayor de Camacho, el conocimiento previo de la preferencia de la artritis por las representantes del sexo femenino como enfermedad autoinmune y los exámenes de rigor permitieron al doctor Iván Stekman dar en el clavo y administrar el tratamiento correcto para disminuir el dolor que la urbanista graduada de la Universidad Simón Bolívar (USB) sentía sólo por dar un paso y que la alejó de las actividades físicas por mucho tiempo.

Hoy en día Camacho se siente más joven. Se inscribió en clases de natación para mantener los músculos y articulaciones en movimiento y agradece que los fuertes dolores abandonaran su cuerpo para convertirse sólo en un mal recuerdo.

### **Víctima de la invisibilización**

“¿Qué es el enfoque de género?” y “no he escuchado nada al respecto” son expresiones repetidas con frecuencia por el personal médico.

Argelia Melet (2009), psiquiatra del Instituto Médico Campo Alegre, ubicado en Caracas, dice en entrevista personal, que abordar la salud de hombres y mujeres amerita identificar los factores sociales e individuales que afectan

sus cuerpos y mentes, pero manifiesta que no tiene conocimientos acerca de la aplicación de la perspectiva de género en la práctica médica.

Irene Hoffman (2008), profesora de la cátedra de farmacología de la UCV, indica en conversación personal, que desconoce que existan diferencias en los efectos de los fármacos en damas y caballeros dependiendo del sexo, sólo por raza y edad.

Sin embargo, la especialista en medicamentos para el sistema cardiovascular dice que aunque el número de féminas que se incluyen en las pruebas farmacológicas ha aumentado, prevalece la cantidad de varones en los estudios.

Cubrir las necesidades de hombres y mujeres, y no las de los laboratorios o del sistema de salud, es para Alba Carosio, directora del CEM de la UCV, el gran avance que debe darse en la atención sanitaria venezolana, que cumple 73 años de fundada, tras la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936.

Para la filósofa, debe superarse la “leyenda negra” que dice que estar de acuerdo con la perspectiva de género es estar en contra de los hombres, para que el enfoque se asuma de manera natural y favorable.

“Hay mujeres que en su proceder son feministas, pero lo niegan como si esta fuera una mala palabra. Las mujeres nos hacemos cargo de los demás, entonces no queremos ofender y menos a nuestro compañero, y esto a veces es una limitante. La inercia también influye, siempre es más fácil actuar bajo los conceptos tradicionales, pues las innovaciones dan trabajo”, dice Carosio (2009).

“Cuando una mujer avanza, ningún hombre retrocede”, es el slogan feminista que, según Carosio, debe impregnar el trabajo por la equidad de género. “El hecho de que las mujeres podamos ejercer nuestros derechos, no significa que se menoscaban los derechos masculino. Lo que se menoscaba es el exceso de poder”, expresa.

Luisana Gómez (2009), psicóloga social, advierte que el hecho de que algunos profesionales de la salud incluyan elementos que detallen diferencias de género en la historia clínica de los pacientes, no quiere decir que estén trabajando desde la perspectiva.

“Los doctores pueden acercarse al enfoque en su relación médico – paciente, pero por sí solos no pueden cambiar la estructura del servicio. El género es una postura que tiene herramientas metodológicas conceptuales. Hay médicos que sin conocimiento pueden estar implementando algunos

aspectos positivos, pero el enfoque de género no es aplicable inconscientemente”, agrega.

La profesora del CEM opina que si la salud de hombres y mujeres no es atendida a través de la perspectiva de género, se pierden recursos económicos y oportunidades para mejorar la calidad de vida de las personas.

“La incidencia del cáncer de senos y de cuello uterino, mortalidad materna y muertes masculinas en accidentes y hechos violentos, le cuesta mucho dinero al Estado y al sistema de sanitario. Es necesario implantar el enfoque de género para prevenir las patologías atravesadas por el género y reducir las muertes por causas evitables”, dice Gómez.

### **Una medicina más humana**

La exclusión histórica que ha sufrido la mujer en la sociedad y que la ha privado de incorporarse a diferentes esferas del conocimiento, ha repercutido en su salud al no tener llaves de acceso a la asistencia médica oportuna.

La lucha incansable por los derechos de las damas ha levantado la bandera del enfoque de género en la búsqueda de la visibilización de lo femenino y de

la asunción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos.

La creación de oficinas gubernamentales especializadas en asuntos de la mujer, la fundación de áreas de investigación sobre temas femeninos en organismos internacionales, la apertura de estudios universitarios y de post grado en género en diversas casas de estudio de todas las latitudes, la creciente incorporación de mujeres en cargos de alta jerarquía y la inclusión del tema de la violencia y discriminación contra la mujer en los estatutos mundiales, evidencia el esfuerzo por reivindicar la figura femenina y lograr un equilibrio en lo jurídico, político, social y económico que considere las desigualdades entre hombres y mujeres.

El interés por alcanzar un espacio igualitario para las damas, ha asociado al término género como un elemento femenino, que excluye lo masculino. Como explica Olga Roldán (2009), profesora de la Ucla, el análisis de género no es sinónimo de mujer, sino que “hace referencia a las construcciones sociales, culturales e históricas que se dan a partir de las diferencias biológicas”.

La atención de la salud de hombres y mujeres, no sólo ha obviado los roles femeninos sino también los masculinos, al invisibilizar los elementos sociales que configuran la esencia de cada individuo. “La perspectiva de género no

aborda solamente la salud de las mujeres, incluye a los hombres. Al determinar las enfermedades femeninas, también tenemos la responsabilidad de ver las masculinas, y lo hacemos”, afirma la psiquiatra María Elena Riera (2009).

El sistema patriarcal que ha formado y extendido sus raíces en el mundo de la medicina, ha sido un hueso difícil de roer por el análisis del enfoque de género. Cambiar la atención médica tradicional por una en la que prive la visión holística del ser humano como un sujeto perteneciente a un conjunto social, en un determinado espacio y con una historia particular, es un proceso de largo aliento que implica “romper con la mirada escolástica de la academia que no entiende que la ciencia está en la vida y que no existe conocimiento científico puro cuando se trata con personas”, puntualiza Marbella Camacaro (2009), miembro de la Unidad de Investigación de Estudios de Género “Bellacarla Jirón” de la UC.

El desarrollo del trabajo en género a nivel mundial ha impulsado a profesionales de la salud de diversas especializaciones a instruirse en el enfoque. De acuerdo con Enrique Melgarejo (2009), jefe de cardiología de la Clínica de Marly, ubicada en Bogotá, Colombia, el avance en el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos femeninos revela un futuro positivo a la transformación de la medicina tradicional, al punto que “se estima que el

ginecólogo del año 2020 será el médico internista de la mujer, especialista en todas las patologías femeninas, y no sólo en las enfermedades relacionadas con los genitales”.

Para Jaime Urdinola (2009), ginecólogo miembro de la Asociación Médica de Los Andes (AMA), la aplicación de una medicina con enfoque de género es más conceptual que una postura oficial.

“No hay que ser tan optimistas. No creo en la medicina de género como una segmentación o una subdivisión que aborde las patologías masculinas y femeninas. Pienso que es más importante que los doctores tengan una actitud para atender esas diferencias, que les permita comprender los fenómenos que afectan a las personas y así puedan enriquecer la vida de los pacientes”, dice el médico colombiano.

En el libro *Perspectivas de género en salud* (2001), Mercé Fuentes en el artículo *Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en asistencia primaria*, considera que los profesionales de salud deben “asumir lógicamente la atención de las mujeres igual que la de los hombres para que sea integral, tanto a nivel asistencial como preventivo” (Fuentes:2001:232).

Una atención médica que incluya al género transformará el sistema de asistencia, en tanto reducirá la incidencia de algunos problemas de la salud pública, lo que se traducirá en una mejora de la calidad de vida expresada en mayor acceso a los servicios médicos, más asertividad en los tratamientos clínicos, menos ausentismo laboral y mayor producción económica, como señala la psicóloga social, Luisana Gómez (2009).

Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional y profesora de la Ucla, coincide en que el apropiarse de la conciencia de género es un elemento necesario para lograr un cambio social a largo plazo, pues según la profesional de salud el camino a recorrer es espinoso y requiere continuar con la lucha para romper con la concepción patriarcal que ha dominado desde tiempos inmemoriales.

Una medicina en la que prevalezca el concepto de ser humano y no el de hombre o el de mujer, es el estado ideal a alcanzar al seguir los senderos que traza la perspectiva de género, afirma el historiador Fernando Aranguren (2009).

Conceptos como dominación, patriarcado y androcentrismo deben ser superados desde las esferas del conocimiento para que las nociones de equidad e igualdad de oportunidades abandonen el mundo onírico y se instauren en la realidad. “El paso para el cambio es muy lento, pero el hecho

de que el género se transversalice en algunos curriculum universitarios augura una presencia más palpable”, visualiza Camacaro (2009).

Para ello es fundamental continuar con la siembra de la semilla del género en las parcelas educativas, a fin de permear la academia médica y garantizar que los futuros profesionales de la salud sean médicos capaces de tomar en cuenta las condiciones sociales y las construcciones culturales que particularizan la vida de mujeres y hombres y cómo éstas influyen en el desarrollo de enfermedades, para lograr una atención más eficaz garante del estado de bienestar de los pacientes.

María Jesús Murria en el artículo Trayectoria profesional e identidad del género. Reflexiones personales publicado en el libro Perspectivas de género en salud (2001), plantea que el médico que incluya esta visión en consulta “concede a la escucha un papel fundamental, tiene menos de autoritario y más de proximidad al paciente, su mentalidad es la de servidor público y por la forma de situarse ante el otro trabaja con más sentido de la realidad” (Murria: 2001: 240).

Bajo este esquema, la salud de mujeres y hombres cobra valor real como un derecho humano que busca amparar la integridad física, psicológica y social de los individuos a través de la óptima atención de sus necesidades y problemas de salud, pues “la medicina no nos puede proporcionar la

inmortalidad, pero nos podría capacitar a todos nosotros a vivir plenamente nuestras vidas” (Singer: 1961: 75).

## **CAPÍTULO VII. ¿HACIA DÓNDE VA EL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD?**

Julia Ferrer pudo haber gozado de un servicio médico más efectivo que no comprometiera tanto la vida de su corazón, si los médicos apropiándose del enfoque de género, hubiesen prestado atención al fuerte dolor que se le alojó en la boca del estómago y se convirtió en signo de un infarto cardiaco, que se manifestó de manera diferente en su cuerpo femenino.

Enrique Melgarejo (2009), cardiólogo colombiano, afirma que la mayoría de los profesionales de la salud desconocen estas divergencias en el comportamiento de los organismos masculinos y femeninos ante la enfermedad, así como no todos en el momento de la atención se inquietan por conocer informaciones necesarias para descubrir cuál es el problema de salud.

Los 61 años de Ferrer son un dato valioso que contribuye al diagnóstico, pues las mujeres con la menopausia pierden la carga de los estrógenos, hormona que crea protección ante los accidentes cardiovasculares. En el caso de Santiago Durán, quien sufrió un infarto a los 44 años, se reconocieron de inmediato los síntomas típicos de estos eventos en los caballeros. El dolor en el pecho que se extiende al brazo, ayudó a los doctores a proceder de inmediato y salvar la vida del abogado que se

encontraba en la edad crítica, según su sexo, para padecer este accidente que es la primera causa de muerte de los hombres venezolanos, según el Anuario 2006 del Mpps.

Este descuido en las divergencias físicas existentes en mujeres y hombres es responsable de que el catéter que se coloca en las operaciones coronarias tenga que recortarse antes de ser introducido en las venas femeninas, debido a que su tamaño es acorde con cuerpos más grandes como generalmente son los de los hombres.

No incluir el enfoque de género en la práctica médica invisibiliza estas diferencias y pone en riesgo la salud y la vida de mujeres y hombres por igual. Sandra Valencia al asistir a la consulta ginecológica fue diagnosticada por VPH y así pudo informar a su pareja sexual que él también era portador del virus. Sin embargo, muchos hombres no se enteran de poseerlo porque a diferencia de la mujer, cuyo aparato reproductor tiene más membranas y mucosas, el de los caballeros está recubierto por piel, lo que contribuye a que el VPH se exteriorice menos que en las damas. De no advertir su presencia, el novio de Valencia, con el tiempo, podría haber desarrollado cáncer de pene, según afirma la ginecóloga Mary Zaitzman (2009), quien además advierte que el diagnóstico y tratamiento tardío comprometen el estado de salud de quienes conviven con el virus.

Aparte de tomar en cuenta las distinciones existentes en los organismos de ellas y ellos, la perspectiva de género en salud pasa por visualizar y comprender las condiciones sociales que pueden intervenir en los procesos de enfermedad y curación de los pacientes.

Los altos niveles de estrés, las responsabilidades profesionales derivadas de su trabajo como abogado penal, la carga de encargarse solo de las labores de su hogar y familia después de enviudar y la dieta rica en frituras acompañada del humo del cigarro, son factores que de no cambiarlos fácilmente podrán desatar un nuevo evento cardíaco en Santiago Durán.

Si el cardiólogo de cabecera de Durán conociera estas variables, el tratamiento se haría más efectivo y prevendría un nuevo accidente en el corazón del hombre de leyes, pues la medicina dejaría de cumplir la función netamente curativa para ejecutar su misión principal, la de prevenir la aparición de patologías que comprometan la salud y desmejoren la calidad de vida.

“El enfoque de género en salud no es nada más decir que la paciente es mujer u hombre, implica que los médicos se sensibilicen por las características sociales y culturales de los pacientes, porque si se toman todos los casos como individuales, la información no trasciende y no

contribuye a prevenir la desmejora de la salud”, asegura Ana María Aguirre (2009), psicóloga social.

Por tanto, una historia clínica elaborada con perspectiva de género y donde se profundice en el estilo de vida de la persona, sus responsabilidades, dieta, hábitos, estado de ánimo, estructura familiar, ocupaciones, etc. es indispensable para empezar a tomar en cuenta esta visión en la atención médica, lo que se traducirá en el empoderamiento de la propia salud y en la consecución del estado de bienestar físico, mental y social.

### **La prevención: Norte fijo de la medicina**

Lograr que la medicina deje de ser la ciencia que use el estetoscopio, el microscopio y las pruebas de sangre para diagnosticar y curar sin tomar en cuenta las cualidades que separan a hombre y mujeres, amerita un ejercicio de parte del personal médico, las academias de esta profesión, el Estado y la ciudadanía, a fin de engranar una nueva construcción de la medicina que tenga como norte la prevención de los principales problemas de salud que aquejan a la sociedad.

La prevención debe ser el móvil de la ciencia médica y hacia ella deben estar enfocadas sus investigaciones y políticas. La perspectiva de género en salud

considera primordial la inclusión del elemento preventivo en la medicina, debido a que por ejemplo, de nada sirve aliviar el dolor de un paciente con artritis como María Josefina Camacho, si las inyecciones suministradas semanalmente no se acompañan de un cambio en el estilo de vida que le permita mantener a raya a la enfermedad.

Es por esta razón que el reumatólogo Iván Stekman, incluyó en el tratamiento la realización de ejercicios para fortalecer los músculos y articulaciones que así sufrirán menos con los movimientos. También le aconsejó mantener el peso a través de una dieta balanceada, a fin de que las articulaciones no se lastimaran por unos kilos de más.

Estas recomendaciones pusieron fin a la vida sedentaria de Camacho y junto con el tratamiento han evitado una nueva crisis de dolor desde hace tres años. “Ya no me siento limitada como antes cuando no podía ni moverme del dolor. Esta vez el tratamiento y las indicaciones me han servido para mejorarme y sobre todo para no recaer”, dice Camacho, quien ahora sí se siente parte de su proceso curativo, al ver que sus hábitos pueden contribuir a su recuperación.

Para garantizar que la medicina aparte de curar, mejore el estado físico y mental de las personas y las aleje de las situaciones riesgosas que pueden

alterar la salud, es necesario que primero se haga una ruptura con la concepción del conocimiento médico como único e infalible.

Desde la aparición de la medicina, las sociedades occidentales han asumido que esta ciencia es el método por excelencia para sanar de cualquier enfermedad. Atrás quedaron las técnicas milenarias de los aborígenes para curar a través del saber de las plantas, cuando la medicina se configuró como conocimiento científico al implementar sus tratamientos y fármacos como la verdadera solución a los problemas de salud y desplazar la validez de otros mecanismos de sanación.

La edificación de la medicina, hija de una sociedad androcéntrica, supuso una relación jerárquica médico- paciente, en la que el profesional es el único capaz de otorgar el poder de la salud. La psicóloga social Ana María Aguirre (2009), considera que la figura del médico sugiere saber y control y ha deslastrado al individuo del propio dominio sobre el cuerpo y la salud. “Es una relación de poder significativa y que es asumida naturalmente, porque el hecho de que un médico sepa mucho lo hace detentar el poder sobre el cuerpo, la mente y los deseos del paciente”, aclara Aguirre.

Esta situación ha contribuido a lo largo del tiempo a la aparición del temor ante la figura del galeno. Muchas veces los pacientes prefieren quedarse con dudas sobre la enfermedad que padecen o el tratamiento, pues la relación

lejana entre el médico y ellos les impide hacer las preguntas por miedo a la vergüenza.

El poco acercamiento de algunos profesionales de la salud le resta a la medicina su tarea preventiva, pues al no entender su realidad y el estado de salud, difícilmente alguien puede llevar al pie de la letra un tratamiento y mucho menos saber cómo prevenir la recaída.

“Se ha comprobado que la comprensión de la enfermedad ayuda a que la persona mejore más rápido porque sabe cuáles son los síntomas y los efectos que tienen los medicamentos sobre ella, por lo que es más fácil cumplir con las indicaciones”, dice la psicóloga social, para quien los médicos deben lograr que los pacientes se empoderen de su propia salud, tomen consciencia de su situación y sean activos en la búsqueda del tratamiento, de la mano de los profesionales.

Esta interacción que garantiza la participación del paciente como sujeto activo en la toma de decisiones sobre su salud y los tratamientos, es una pieza fundamental en la búsqueda de la función preventiva y del enfoque de género en salud, pues así las personas se sienten más comprometidas con lo que les ocurre y son capaces de asumir las conductas saludables para evitar recaer, según advierte Aguirre (2009).

Si José Sánchez al ser diagnosticado de diabetes a los 51 años de edad, no hubiese comprendido a través de la conversación con su médico, la nueva realidad a la que estaba atado, es muy probable que se le dificultara aún más empezar con el tratamiento, que incluye un cambio drástico de alimentación y constancia para la aplicación de las inyecciones de insulina, luego de que su cuerpo dejara de producirla.

Para que Cristine Villar prevenga los ataques de migraña que la hacen perder la visión por momentos, es necesario que conozca que el estrés, el insomnio, el hambre, el sedentarismo, la fatiga y los cambios atmosféricos son algunos de los factores que pueden provocar el dolor incapacitante. De no ser así, es posible que Villar recaiga constantemente, desmejore su salud y tenga que acudir nuevamente al neurólogo, cuando el mal se puede prevenir o al menos disminuir su incidencia.

¿Para que la medicina cumpla su propósito y apunte su acción e investigación hacia la prevención, es necesario cambiar el enfoque tradicional que ha prevalecido desde su creación?

La prevención ha sido definida por la OMS como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a frenar que las deficiencias cuando se hayan producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

Para lograr este cometido es necesario que se establezca una relación médico-paciente en la que el profesional, tomando en cuenta las condiciones sociales y orgánicas de la persona, diagnostique y explique al paciente la situación que enfrenta, para después presentarle todas las opciones de tratamiento posibles, de manera que entre los dos escojan la que sea más efectiva y se adecue a las posibilidades del individuo.

Además, el ciudadano debe tomar consciencia activa de su propia salud y participar en los procesos de curación, a fin de minimizar las posibilidades de recaer o de contraer otras patologías. Para que ello sea posible, Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional, señala que es indispensable que el médico busque afinidad con el paciente para romper la verticalidad de la relación y se empape de la situación social del mismo, para buscar la solución más acorde al problema de salud.

Esta sensibilidad es la que ha logrado que profesionales de la salud como Alba Niño, Olga Tovar, Enrique Melgarejo, Héctor Moreno, Jeannette Bastidas, Olga Roldán, Jaime Urdinola, Lucía Alvarado y María Elena Riera, involucren en la consulta a la perspectiva de género y tras una evaluación de la realidad social del paciente, puedan colaborar en la mejora de la calidad de vida del mismo más allá de la erradicación de la enfermedad.

Otros actores fundamentales en el trabajo de la prevención son las autoridades de la salud, pues son ellas quienes regulan el aparato asistencial y la profesión médica en el país. Los esfuerzos de los galenos y la ciudadanía, pueden verse disminuidos si no hay una intervención del Estado en estos asuntos, que se traduzca en la creación y aplicación de lineamientos que aseguren la prestación de un servicio de salud con perspectiva de género.

De esta manera las políticas públicas tomarían en cuenta la visión del género y las condiciones sociales de la población, a la hora de crear los sistemas y servicios de salud, lo que significaría un mayor acceso de las personas a estos, una mejor atención médica que considere las diferencias entre unos y otras y la implementación de campañas preventivas efectivas que disminuyan los riesgos de enfermar, sobre todo de las patologías que mayor incidencia tienen en suelo criollo.

Una campaña preventiva sobre la violencia, como problema de salud pública, reduciría el número de fallecimientos por muertes violentas en el país, que en el período de 10 años entre 1996 y 2006 superó los 69.000 decesos, según los datos ofrecidos por el Mpps.

De ese número de fallecimientos más de 65.000 son víctimas del sexo masculino, por lo que una campaña preventiva con enfoque de género sobre

este problema, se dirigiría a este sector de la población más vulnerado y en segunda instancia a las víctimas secundarias de la violencia, las féminas que caen en duelo por la muerte violenta de los hombres del núcleo familiar.

La aplicación de la perspectiva de género en salud necesita entonces de la formación de una consciencia sobre el tema, que incluya a profesionales de la salud, autoridades sanitarias, Estado y a la sociedad activa. Abordar la salud desde esta visión más humana y enfocada hacia la cura y prevención, requiere además de una transformación de los sistemas de salud venezolanos.

### **Medicina en apuros: ¿Cómo incluir en Venezuela el enfoque de género en salud?**

“Fallecieron seis recién nacidos en la Maternidad Concepción Palacios por falta de personal médico”, “18 días sin consultas ni cirugías por la inseguridad en el Hospital de Los Magallanes de Catia”, “Venezuela es el país con mayor índice de embarazo precoz en Latinoamérica”, “30% de la población venezolana es hipertensa” y “Denuncian falta de insumos en hospital de Barcelona para atender afectados por gas cloro”, son titulares que se estamparon en los medios de comunicación venezolanos durante los

últimos tres años y que muestran a un país estremecido por múltiples complicaciones sanitarias, y a una población desatendida en salud.

Escasez de infraestructura asistencial, carencia de materiales de trabajo y de medicamentos y salarios insuficientes son problemas que ensombrecen el trabajo de los cerca de 50.000 médicos que existen en el país, e impiden la efectividad del sistema nacional de salud.

La OMS establece como estándar que en los países labore un médico por cada 1.000 habitantes. Aunque la relación en Venezuela se ubica en 2,3 galenos por cada 1.000 habitantes, según el Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007, el déficit de especialistas, sobre todo en el sector público, crea un vacío asistencial que se traduce en el aumento de la incidencia de patologías, el desmejoramiento de la calidad de vida de hombres y mujeres y grandes costos para el Estado.

El informe revela que los médicos especialistas, los internistas y los epidemiólogos, así como el personal de enfermería, son los profesionales de salud con menor disponibilidad.

Aunque la Misión Barrio Adentro, creada en el año 2003, acercó la atención médica a los sectores populares, y ha sido complementada con la fundación de la Red de Clínicas Populares en 2004 y de los CDI en 2006, la disponibilidad de más de 20.000 galenos cubanos no ha garantizado la

capacidad de atención del sistema de salud. Espacios de trabajo reducidos, escasez de insumos, precariedad de los servicios básicos, como el agua potable, y problemas de accesibilidad son insuficiencias que enfrentan los médicos y pacientes de estos centros asistenciales.

Esta situación compromete el cuidado de la salud de las personas pues se traduce en horarios de atención restringidos, hacinamiento y en muchos casos la privación de cuidados, lo que constituye una amenaza a la vida de los venezolanos.

Negación de atención sanitaria o atención inoportuna fueron las causas de muerte de 59 venezolanos, en su mayoría menores de cinco años, durante los años 2002 – 2003, según datos del Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea).

El 10 de marzo de 2009 la Federación Médica Venezolana (FMV) celebró el Día del Médico denunciando que el déficit de especialistas en la salud pública supera 43%. De acuerdo con declaraciones ofrecidas a varios medios de comunicación por el presidente de la FMV, Douglas León Natera, más de 30.000 médicos han emigrado del sector público en los últimos diez años.

Manuel Arias (2009), director del Proyecto Madre del Mpps, opina que el bajo salario médico, que oscila entre los 800 y 3.300 bolívares fuertes mensuales,

es la razón que anima a los profesionales de la salud a abandonar el sector público. Para el gineco – obstetra, el sector privado que primero fue planteado como una solución momentánea se ha convertido en una “enfermedad para los hospitales”.

El cambio que debe dar el sistema sanitario venezolano para cumplir con el mandato constitucional de garantizar la salud como un derecho social y universal vinculado con el derecho a la vida, se instala como una tarea inaplazable en las oficinas de los entes de salud del Estado y tiene una cita obligada con los galenos venezolanos.

La necesidad de una medicina que reconozca y actúe sobre las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre los hombres y mujeres se pasea como una sombra por los pasillos de los centros de salud.

Implantar el enfoque de género en salud en Venezuela, país en el que enfermedades prevenibles como el infarto, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares cobran la vida de miles de hombres y mujeres anualmente, ayudaría a abordar y prevenir eficazmente las patologías, al adentrarse en los aspectos sociales, emocionales y físicos que las alojan en los cuerpos de damas y caballeros y las desarrollan de manera particular en cada sexo. Sin embargo, su aplicación dibuja una gran interrogante y un presente y futuro de luchas.

Hasta que no se solviente la problemática sanitaria que se expresa en la falta de insumos en los centros de salud, la inseguridad, los bajos salarios médicos, el colapso de las salas de los hospitales y clínicas y el deterioro de la infraestructura asistencial, será difícil que los galenos se tomen el tiempo debido para indagar sobre la causas sociales, culturales y psicológicas de las enfermedades de sus pacientes, a través de una historia clínica que contemple las experiencias de hombres y mujeres y una relación médico – paciente más cercana, en la que el especialista responda las dudas de las personas y planifique junto a ellas las mejores opciones de tratamiento.

Los bajos salarios de los profesionales de salud, que los obligan a trabajar largas jornadas en diferentes centros asistenciales, imposibilitan que tengan oportunidad de formarse dentro de los conceptos de una práctica con enfoque de género y tomar postgrados en diversas ramas de la salud, situación que ha agravado el déficit de especialistas en el sistema sanitario criollo.

La inyección de recursos monetarios y humanos que debe dársele al sector salud tiene que ir acompañada de un refuerzo de la educación médica, que garantice que el Estado, los profesionales de la salud y la sociedad articulen esfuerzos para parir especialistas más preparados que colaboren en el mejoramiento de la red de salud del país.

## **Educación para una atención médica más humana**

El hecho de que no exista en las universidades una estructura formal con materias obligatorias que atraviesen la perspectiva de género en los currículos, y que las escuelas de medicina sean unas de las más difíciles de penetrar, hace más resistente el vuelco educativo que debe darse para que se impregne la práctica médica con el saber en género.

La consolidación de asignaturas electivas y de maestrías que capacitan a profesionales desde el enfoque de género en los planes de estudio de diversas universidades como la UCV, de la mano del CEM, y la UC, gracias al trabajo de las integrantes de la Unidad de Estudios de Género “Bellacarla Jirón Camacaro”, y la iniciativa de personas como Yusmary Vargas y Héctor Moreno, enfermeros y profesores de la Escuela de Enfermería de la UCV, que incorporan en sus clases los conocimientos sobre el género en la salud, son hechos que allanan el espinoso camino que hay que seguir para la incorporación del enfoque en la medicina.

La concepción androcentrista de la sociedad occidental ha dejado su legado en la conformación de los saberes, por lo que una transformación de esta forma de abordar al mundo, requiere de tiempo y de pasos certeros. Aún cuando la penetración del enfoque de género en la academia médica no ha

sido posible por completo, las iniciativas de algunos profesores han sentado precedente y han incentivado las investigaciones al respecto.

En países como Estados Unidos y España la visión de género en salud ha tenido más suerte al adentrarse con mayor fuerza en las universidades y estudios de investigación sobre diversas áreas de la salud. Sin embargo, todavía la formación de los médicos y las políticas públicas no se encuentran en completa consonancia para derribar los muros de la medicina tradicional, que se fueron construyendo desde hace mucho tiempo con bloques de concreto.

En Venezuela el tránsito es aún más pausado del ya lento proceso. Hasta que la academia no asuma una formación integral de los profesionales de salud, que establezca la necesidad de comprender los factores sociales con la misma destreza con la que se analizan síntomas, se recetan fármacos y se da la orden para los exámenes de laboratorio, será imposible que la perspectiva de género se instale en la práctica médica venezolana.

La compaginación de la formación de los galenos con la estructura asistencial es un elemento fundamental, porque desde el gabinete de salud deben emanar los lineamientos para regular la atención médica en el país, e introducir en las políticas públicas el elemento del género en todas las áreas

de la salud, desde la atención primaria hasta en la realización de programas y campañas preventivas.

Es ingenuo pensar que de un momento a otro estos procesos se cristalicen y el día siguiente amanezca con una nueva manera de abordar la salud de los venezolanos. Miguel Arias (2009), director del Proyecto Madre del Mpps y la psicóloga social de la UCV, Ana María Aguirre (2009), coinciden en que la visión de género no se podrá instalar en el país, hasta que no se garantice el cumplimiento de los derechos de hombres y mujeres para resolver las asimetrías sociales entre ambos.

“La visión de género obligatoriamente tiene que estar ligada a los derechos fundamentales de las personas, porque así se daría un vuelco a la prestación del servicio médico ya que estarían enfocados a las necesidades de la población”, afirma Arias.

Frecuentemente en suelo criollo, el enfoque de género ha estado canalizado hacia la salud sexual y reproductiva de la mujer. Ana María Aguirre, explica que esta preferencia tiene razón de ser porque la sexualidad es un tema íntimo y reservado, al que no penetran los médicos ni las instituciones públicas. “La mujer ha ganado terreno en la calle, en el trabajo, en la academia, pero en la intimidad de la pareja no se tiene control porque es un

asunto privado y no es visto como una cuestión de salud pública también”, enfatiza la psicóloga de Plafam.

Si bien es válido que se ponga especial atención en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, debido a que es un tema que ha sido silenciado a pesar de formar parte de la salud pública, la visión de género debería abarcar con la misma fuerza todas las áreas de la salud e incluir a los dos géneros por igual, atendiendo las particularidades y construcciones culturales que diferencian sus individualidades, aún cuando las féminas han sido históricamente víctimas de la invisibilización.

Todas las especialidades médicas tienen que ser atravesadas por la perspectiva de género, pues de esta manera la salud de la población estará protegida al contar con respuestas efectivas y adecuadas a la situación social de cada quien.

No sólo la salud sexual y reproductiva debe gozar de la mirada de género, los cardiólogos, internistas, dermatólogos, fisioterapeutas, odontólogos, enfermeros, cirujanos, reumatólogos, gastroenterólogos, entre otros especialistas de la salud, tendrían que ir rompiendo los paradigmas de la medicina tradicional para transformar los servicios en torno a la situación social del paciente, a fin de que los tratamientos tengan mayor efecto y el individuo se empodere progresivamente de su propia salud.

Jaime Urdinola (2009), ginecólogo colombiano, advierte que el beneficio de esta nueva manera de abordar la salud, no excluye a ninguna rama de la medicina y por ello, propone su introducción desde la formación de médicos generales hasta la especialización, a fin de que todos los profesionales tengan acceso a este conocimiento y contribuyan en el proceso de cambio.

Desde la asunción del nuevo concepto de salud de la OMS como el estado de bienestar y de condiciones favorables para el desarrollo, los pasos hacia la intervención del género en la salud han ido tomando impulso. Sin embargo, hasta que este enfoque no se asuma como parte de la estructura sanitaria y de los currículos de las escuelas de medicina del país, no se terminarán de debilitar los cimientos de la medicina tradicional que se resisten a caer.

El abordaje de la salud con enfoque de género permitirá que los pacientes, a quienes la medicina dedica sus esfuerzos e investigaciones, consigan soluciones más apropiadas a sus padecimientos y sepan cómo prevenirlos al cambiar hábitos negativos por positivos. Además, les hará tomar consciencia de su propio cuerpo para empoderarse de su salud y comprender cómo reacciona el organismo frente a las situaciones que ponen en riesgo el estado de bienestar físico y mental.

## **Beneficios para la vida**

Mareos, taquicardia y temblores doblegan el cuerpo de Dalimar Chirinos desde que se enteró del embarazo de su hija de 17 años de edad. Para la trabajadora doméstica, quien se rebusca económicamente ejerciendo como manicurista y pedicurista a domicilio, la llegada de un infante a la familia representa una preocupación, pues también tiene que mantener a dos niños de cinco y once años.

El médico internista de Dalimar le advirtió que su tensión arterial estaba alta y le indicó un tratamiento farmacológico complementado con una dieta baja en sal. Sin embargo, el miedo y el estrés que la dominan no disminuyen.

Tras una conversación con Dalimar sobre su enfermedad, durante la cual conoció cuáles son los beneficios de la aplicación de una medicina con enfoque de género, la trabajadora de 38 años identificó que el galeno que la atendió no mostró interés por los aspectos emocionales que acompañan su patología, ni por las responsabilidades y quehaceres de su vida cotidiana como madre, ama de casa y sostén de familia. Dalimar ahora comprende que sus ataques de pánico no desaparecen porque no sólo su cuerpo está sufriendo sino también su mente y su corazón.

Al pasar por alto la carga emocional y social que profundiza los síntomas de la enfermedad, el doctor sólo se fijó en el cuerpo abatido de Dalimar y obvió

a la madre soltera que se sobrecarga de trabajo para atender a sus tres hijos y al bebé que viene en camino.

Un abordaje interdisciplinario del padecimiento, que incluya orientación psicológica para Dalimar y su hija, y la puesta en marcha de un plan de vida en positivo para la familia, es necesario para que la salud de Dalimar mejore y se prevengan nuevas patologías.

La historia de Milena Cabello es distinta. Actualmente la arquitecta se recupera de un cáncer que se alojó en su útero, gracias a la intervención temprana de la enfermedad y al cuidado médico que además de tomar en cuenta la expresión biológica de la patología, abordó la situación emocional que atravesaba la madre de dos niñas tras un divorcio.

Milena agradece a la doctora que la atendió por no sólo mandarle el tratamiento correspondiente sino mantener una relación médico – paciente cercana y no jerárquica, así como remitirla a un psicólogo, quien la ayuda a superar las sombras del pasado y a enfrentar su nueva situación emocional y familiar.

El conocer que existen diferentes maneras de abordar la salud, contribuye a que las personas tomen consciencia de su propio cuerpo y se empoderen de su salud no sólo para prevenir la aparición de enfermedades, sino también

para exigir a los médicos que les ofrezcan una amplia gama de opciones de tratamiento y terapias para curarse de los males que los aquejan.

Para que el conocimiento sobre estos nuevos enfoques que replantean y atraviesan a la ciencia médica, llegue hasta la emergencia de los hospitales, a la consulta médica y a los hogares de los pacientes, se necesita aparte de galenos formados en el área, del trabajo del periodismo científico.

Es esta rama del oficio periodístico la encargada de “poner al servicio de la mayoría los conocimientos de la minoría y acercar al pueblo el trabajo de los científicos, en un ejercicio de la más difícil y exigente democracia, la de la cultura”, según Manuel Calvo Hernando, en su libro *Periodismo científico* (1977).

La difusión del camino que ha recorrido el enfoque de género para adentrarse en los terrenos de la salud, es importante para que cada paciente como Milena Cabello y Dalimar Chirinos tenga conocimiento de cómo debe ser la asistencia médica y asuman una posición activa ante su proceso de curación.

## **Periodismo al servicio de la salud**

La salud, definida por la OMS como el estado de bienestar físico, mental y social, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, género, clase social, religión o ideología política.

En el acceso y empoderamiento de la salud, el Estado, los organismos vigilantes de la salud y los medios de comunicación social tienen un papel fundamental, debido a que son por una parte las instituciones reguladoras y por otro lado, los mecanismos de información y creación de la opinión pública.

Silvio Waisbord y Gloria Coe en el artículo Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio (2002) de la revista Razón y palabra disponible en <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n26/swaisbord.html> explican que la información oportuna es un recurso invaluable para el mejoramiento de la salud de los pueblos. Los autores señalan que los medios de comunicación, sobre todo los audiovisuales, se han convertido en la principal fuente de información sobre salud, por encima de los médicos, quienes debido a la visión tradicional y biologicista han mantenido durante años una relación médico - paciente jerárquica, que en muchas oportunidades no revela datos relevantes para la prevención y tratamiento de las patologías que sufren los pacientes, quienes prefieren consultar en los

medios masivos los temas referentes a su salud por temor o vergüenza a quedar mal ante los galenos.

Por su parte, el periodismo científico que siempre ha tenido que pelear los espacios en los medios masivos con la fuente política, deportiva, económica, etc. ha informado sobre los eventos que son noticia y “no necesariamente lo que es significativo desde un punto de vista médico o científico”, aclaran Waisbord y Coe.

Esta característica ha privilegiado la divulgación de una información en salud que olvida su meta preventiva y no apunta sus letras hacia una comunicación que se pose críticamente en la situación de la salud y en cómo se van replanteando las concepciones que se tienen en torno a las ciencias médicas y al abordaje de las enfermedades.

Patricia Pérez (2009), coordinadora del encarte Salud al Día que circula en el diario El Nacional, considera que el ejercicio del periodismo en salud debe tomar en cuenta las necesidades del lector y adaptarse a ellas para sugerir los temas de interés público.

En entrevista personal la periodista científica egresada de la Universidad Católica Andrés Bello (Ucab), plantea que por esta razón el enfoque de género también debe permear al oficio periodístico, en tanto que tiene la

misión de ofrecer la información necesaria para mujeres y hombres, sin generalizar en sus fines divulgativos.

En esto coincide la comunicadora social, Marielba Nuñez (2009), quien ha dedicado aproximadamente 20 años al trabajo de la fuente científica y actualmente cursa un master en la Universidad de Huelva de España, denominado Género, Identidad y Ciudadanía. Nuñez sugiere que el periodismo científico y de salud no deben pasar por alto explicar cuando las informaciones referidas son más útiles para las damas, para los caballeros o para ambos géneros.

“Hay que evitar sobreentender que las informaciones son para hombres o para mujeres, hay que indicarlo claramente porque no se pueden dar mensajes neutros”, dice en entrevista telefónica la comunicadora, para quien la inclusión del enfoque de género en el periodismo criollo todavía requiere de mucho esfuerzo.

La perspectiva de género en el periodismo científico y de salud pasa por mostrar cuándo se necesita resaltar que los afectados o beneficiados son los representantes de uno u otro sexo, a fin de hacer llegar a la gente una información más precisa y enfocada a su realidad.

Para Acianela Montes de Oca (2007), una de las más reconocidas periodistas científicas del país, la misión del oficio en esta fuente es “lograr

que la gente se haga cargo del conocimiento para que lo comprenda y pueda tomar decisiones al respecto que mejoren su vida”, dice en entrevista personal.

La práctica periodística en esta área contribuye también en hacer la presión social requerida para que los organismos encargados de regular y atender la salud en el país (entes públicos y privados), cumplan su función a cabalidad y adopten las medidas necesarias para que la profesión médica se ejerza teniendo en cuenta sus roles fundamentales: la prevención y la curación.

### **El enfoque de género en salud bajo el lente periodístico**

Por ser uno de los mayores órganos de divulgación científica, los medios de comunicación social tienen la capacidad de, a través sus páginas, portales web o espacios audiovisuales, dar a conocer de una manera más rápida y directa los avances y nuevos enfoques que se producen en esta área del conocimiento.

El desconocimiento por parte de un gran número de profesionales de la salud y de la población en general, sobre el enfoque de género aplicado a la práctica e investigación médica, tiene que ver con la novedad del tema y también con la poca divulgación que éste ha tenido a través de los medios de comunicación.

Derribar los modelos tradicionales de la ciencia médica no ha sido fácil para el enfoque de género, que poco a poco ha permeado a diferentes ramas del saber. Como toda transformación, requiere de un proceso a largo plazo que se consolidará si la sociedad y el gremio médico asumen que la situación social del paciente es tan importante como el conjunto de síntomas que provoca una enfermedad.

Para contribuir a que este proceso se lleve a cabo más rápidamente y con mayores beneficios en la salud de la población, se hace imprescindible que el periodismo científico dedique parte de su labor a difundir esta nueva concepción y a divulgar conocimiento científico bajo la óptica de género, que implica profundizar en las maneras diferentes en que se manifiestan las enfermedades en hombres y mujeres. Sin embargo, ese no es sólo el trabajo de quienes ejecuten esta labor, pues desde el comunicador debe haber la intención de plasmar en cada producción periodística la visión de género.

Esto se logra al hacer visibles a los dos géneros ante los problemas de salud. Pensar y producir para mujeres y hombres es el principal reto en la actualidad del periodismo en esta área, porque así no sólo se contribuye a consolidar el enfoque de género en la salud, sino que además las personas reciben un conocimiento más profundo y apegado a sus necesidades dentro de su realidad social y física.

Para Pérez (2009) es necesario que el periodista pregunte siempre al especialista la influencia que las enfermedades o los procesos de salud tienen en ellos y ellas, además de procurar que en las entrevistas haya información equilibrada basada en la cantidad de fuentes que se le otorga a cada género.

La comunicadora social sugiere que la creación de publicaciones especializadas en la salud de hombres y mujeres puede ser de ayuda para ir sembrando la semilla del enfoque de género en el tratamiento periodístico de la salud.

Por su parte, Nuñez (2009) considera que más que incrementar el número de publicaciones especializadas, se debe insistir en que cada trabajo periodístico contenga información de utilidad para las féminas y para los hombres, a fin de que cada uno pueda usar el conocimiento para prevenir la aparición de patologías y mejorar su calidad de vida.

“Un par de líneas pueden hacer la diferencia si el trabajo periodístico se enfoca hacia visualizar las condiciones sociales que distinguen a hombres y mujeres”, explica María Alejandra Berroterán (2009), periodista y encargada de la columna de salud del periódico comunitario Acento en el Cafetal, quien manifiesta que generalmente en las publicaciones se colocan las cifras duras, pero no se ahonda en ellas ni en el comportamiento social que

pueden reflejar, por lo que es prioritario que se empiece a tomar en cuenta el género al hablar de la salud.

Un periodismo consciente de la importancia que tiene la inclusión del enfoque de género en la salud, tiene en sus manos ejercer la vigilancia de las cifras que publiquen los órganos rectores de la salud. Al respecto, Nuñez (2009) señala que los comunicadores sociales deben presionar a los organismos competentes “para que echen el cuento y hablen de las cantidades de mujeres y hombres que se enferman, que tienen acceso a la salud, etc, para así poder dar cuenta de las desigualdades entre unos y otras”, dice la periodista, quien trabaja en el diario El Nacional.

Según la profesional, ese es el aporte que esta rama del periodismo puede brindar en la instalación de la perspectiva de género en salud, a fin de que la medicina abra paso a las cualidades sociales de hombres y mujeres en los diagnósticos y tratamientos.

El no homogenizar estas particularidades de damas y caballeros se traducirá en un enfoque periodístico más profundo que colaborará con la medicina en su misión preventiva, al divulgar informaciones precisas y más adecuadas a la realidad de la población.

El periodismo científico y de salud debe fijarse como meta informar e interpretar acerca de las situaciones biológicas, psicológicas y sociales que

predisponen a mujeres y hombres a desmejorar su estado de bienestar. Para ello se hace necesario incluir en toda producción periodística un espacio en el que se hagan visibles las diferencias físicas y de género entre damas y caballeros, a la par de desarrollar trabajos especiales que hagan hincapié en la necesidad de que la práctica e investigación médica se repiensen tomando en cuenta la importancia de observar, diagnosticar y tratar a personas integralmente como un ente bio-psico-social, lo que se traducirá en prevención y en el empoderamiento de la propia salud.

## EPÍLOGO

Luego de rondar con timidez las diferentes áreas del conocimiento, la perspectiva de género comienza a posar su mirada en la salud de los hombres y las mujeres con especial preocupación.

Desvestir el enfoque de las múltiples interrogantes y prejuicios que lo rodean es una asignación que se une con carácter de urgencia a la larga lista de trabajo que impone la reforma de la práctica médica y del sistema de salud venezolano.

Que el saber médico deje atrás el abordaje biologicista tradicional para visibilizar las diferentes experiencias psicosociales que moldean la forma en que viven, actúan y piensan las féminas y los caballeros definiendo sus perfiles de salud y enfermedad, permitirá acercar los servicios asistenciales a las necesidades de cada persona, al intervenir temprana y oportunamente en las posibles causas de los padecimientos, encaminándose hacia la prevención.

En una sociedad en la que las palabras fuerza y violencia hacen referencia a lo masculino y debilidad y sumisión a lo femenino, la perspectiva de género en salud debe incorporarse como un concepto integrador que actúe para minimizar las inequidades en el acceso a los servicios salud y los riesgos que corren los hombres y las mujeres al aceptar una carga social determinada.

Dar a las damas y los caballeros las mismas oportunidades de gozar una vida prolongada y saludable, es una responsabilidad que debe asumir la práctica médica superando las limitaciones que asocian el término género sólo a lo femenino y a la salud sexual y reproductiva, y adoptando como misión la atención y el desarrollo humano de ambos sexos, tomando en cuenta las características sociales y culturales que los definen.

Los esfuerzos que puedan hacerse por incorporar a la medicina una visión que garantice la salud de las mujeres y los hombres, considerando los aspectos biológicos y psicológicos que los diferencian, y los patrones de conducta que arman sus identidades sociales y los predisponen a sufrir determinadas enfermedades, no están de más en un país en el que los ataques al corazón son la principal causa de muerte, 80% de los casos de cáncer de mamas se detectan en una fase avanzada, los homicidios cobran la vida de más de 60.000 hombres al año y mujeres de todas las edades y niveles educativos son víctimas de violencia.

Sin embargo, la energía que se desprende de la necesidad de implementar un cambio en la atención médica, se diluye al atravesar la problemática sanitaria que existe en Venezuela. La alta incidencia de enfermedades como el VIH – Sida, el VPH, la diabetes, el alcoholismo y la depresión, el repunte de padecimientos infecciosos que se creían controlados como el paludismo y la tuberculosis, y las continuas protestas que protagonizan médicos y

pacientes por la falta de insumos en los hospitales, el déficit de especialistas, la negación de cuidados, los bajos salarios de los doctores, el hacinamiento en los centros de salud y la inseguridad, exhiben grietas en la estructura asistencial que ponen en peligro la vida de los venezolanos y dificultan la adopción de un enfoque de salud con visión de género.

El 5,52% del presupuesto nacional que se destina al sector salud, según datos de la Oficina Nacional de Presupuesto en 2008, la creación de una red de atención médica a través de la Misión Barrio Adentro, que ha traído al país más de 20.000 galenos cubanos, la Red de clínicas populares y los CDI, parecen no ser suficientes para aliviar las dolencias que agobian al sistema nacional de salud y engordan las cifras de los males que alejan a los criollos del bienestar físico, emocional y social.

“En emergencia” declaró la salud venezolana el presidente de la República, Hugo Chávez, el 20 de septiembre de 2009 en el programa dominical Aló presidente. Tras revelar que 2.000 módulos de Barrio Adentro no cuentan con personal médico, el primer mandatario nacional anunció que en el mes de octubre llegarían al país 1.111 especialistas cubanos y 213 médicos venezolanos titulados en la isla. Mientras tanto, la FMV pide mejoras salariales para los galenos y advierte que mensualmente 40 médicos venezolanos abandonan el país para trabajar en el exterior.

Ante este panorama, la incorporación de un enfoque médico que considere las aspiraciones, las necesidades y las realidades sociales de hombres y mujeres para la prevención y atención de las enfermedades que los acechan, es una tarea difícil que clama por el compromiso del Estado, los profesionales de la salud, las instituciones médicas y las academias, y exige el empoderamiento de los ciudadanos.

La creación de una red nacional para la salud de las mujeres, que atienda a las féminas embarazadas y a aquellas que viven con patologías como el cáncer, propuso la ministra del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género, durante el III Encuentro nacional sobre violencia contra las mujeres, celebrado en Caracas, el 1 de octubre de 2009. Esta iniciativa se une al trabajo que realiza el Inamujer a través de talleres que han capacitado en las instituciones del Estado a 22.145 mujeres para la incorporación de la perspectiva de género en los ámbitos nacional, estatal, municipal y parroquial y a 12.000 personas para la aplicación del Plan de presupuestos sensibles al género, de acuerdo con cifras publicadas en el Informe de gestión del organismo en 2008.

“Venezuela aspira una atención médica y una seguridad social colectiva y universal, con un mejoramiento permanente de los indicadores de salud (...) siguiendo el esquema de mantener al hombre sano y prevenir la

enfermedad”, expresa la Academia Nacional de Medicina (ANM) en el documento ANM. Pasado, presente y futuro (2009).

Pensar en una práctica médica de género que, unida a las políticas públicas en salud y a los mandatos legales, ayude a reducir la incidencia de padecimientos y potencie la misión preventiva de la ciencia, requiere la participación de hombres y mujeres por igual.

Fomentar la importancia que tienen ambos sexos en la construcción de un sistema sanitario igualitario, como planificadores, ejecutores y divulgadores de la perspectiva de género, es fundamental para lograr una distribución equitativa del recurso humano y económico destinado a la salud y la disminución de las inequidades sociales que crean obstáculos en el acceso a los servicios asistenciales.

En esta tarea compartida por el Estado, los profesionales de salud y la sociedad, el periodismo científico se suma con la misión de comunicar a la población sobre los caminos que recorre el género en la ciencia médica, pues “unos de los mayores problemas del sistema de salud nacional es el poco manejo de información que tiene la gente y la dificultad para encontrar datos oficiales”, opinó el doctor José Félix Oletta, en la IV Jornada sobre Periodismo de Salud realizada por Laboratorios Pfizer el 14 de octubre de 2009.

Un periodismo comprometido con la visión género es determinante para la promoción de la salud y la prevención de padecimientos, al informar sobre los estilos de vida y las condiciones orgánicas de damas y caballeros que pueden desencadenar enfermedades, así como aquellos hábitos que ayudan a evitarlas.

## REFERENCIAS

### Bibliográficas:

- Alegría, Ceferino. (1974). *La mujer y la medicina*. Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela.
- Álvarez, Federico. (1980). *La información contemporánea*. Caracas: Contexto Editores.
- Angulo, Luis A. (1979). *Resumen Cronológico. Historia de la medicina en Venezuela*. Caracas: Ediciones OBE.
- Barral, María y Miqueo, Consuelo. (1999) *Interacciones ciencia y género: Discursos y prácticas científicas de mujeres*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Bernal, Jhon. (1989). *Historia social de la ciencia*. Barcelona: Ediciones Península.
- Bunge, Mario. (1998). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Burin, Mabel. (1998). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

- Calvo, Manuel. (1977). *Periodismo científico*. Madrid: Editorial Paraninfo.
- Calvo, M. (1997). *Manual de periodismo científico*. Barcelona: Colección Bosh Comunicación.
- Chalmers, Alan. (1991) *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?*. Madrid: Siglo XXI de España.
- De Beauperthuy, Rosario. (1970). *La mujer y la ciencia*. Caracas: Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.
- Durand, Mario; Sanabria, Antonio y Papa, Rodolfo. (1989). *Los grandes síndromes*. Caracas: Disinlimed.
- Ferrer, A. (2003). *Periodismo científico y desarrollo: Una mirada desde América Latina*. Mérida: Ediciones del Rectorado de la Universidad de Los Andes.
- Foucault, Michel. (1998). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Guerrant, Richard. (2002). *Enfermedades tropicales infecciosas*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Martín, Antonio. (2004). *Patología quirúrgica*. Madrid: Editores Madrid Elseiver.

- Méndez, Ester. (1998). *Introducción al estudio de la invalidez*. Costa Rica: Editorial Euned.
- Miqueo, Consuelo y Barral, María (2001). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Rodríguez, Pepe. (1999). *Dios nació mujer*. Barcelona: Ediciones B.
- Rozenbaum, Sami. (2001). *Ciencia, pseudociencia y anticiencia*. Caracas: EdiciónXdemanda.
- Sau, Victoria. (2000). *Diccionario ideológico feminista*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Schieninger, Londa. (2004). *¿Tiene sexo la mente?*. Madrid: Cátedra-Feminismos.
- Singer, Charles. (1961). *Breve historia de la medicina*. Washington: Aswork Underwood.
- Ulibarri, Eduardo. (1994). *Idea y vida del reportaje*. México: Trillas
- Woolgar, Steve. (1991). *Ciencia: Abriendo la caja negra*. Barcelona: Anthropos Editorial del hombre.

- Yépez, Germán. (2002). *Historia, salud y sociedad en Venezuela*. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República.
- \_\_\_\_\_ (2003). *Egresados de la Universidad Central de Venezuela 1996-2003*. Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Salud de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud.

### **Hemerográficas:**

#### a) Revistas:

- Castañeda, Nora. (1996). La perspectiva de género y el movimiento de mujeres. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 1, (1), 15-21.
- Pérez, Luis. (1999). La salud también es una cuestión de género. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 4 (10-11), 43-57.
- Sanz, Elena. (2006). ¿De qué enferman las mujeres?. En: *Muy interesante* (231) 22-27. Madrid.

- Valdivieso, Magdalena. (2007) Críticas desde el feminismo y el género a los patrones del conocimiento dominantes. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12 (28), 185-201.

b) Diarios:

- González, David. (2009, septiembre 20). El duelo tiene rostro de mujer. En: *El Nacional*, p. Siete días. 2.
- Pérez, Omidres. (2009). Mujeres: Sexo débil ante la diabetes. En: *El Nacional*, p. C. 4.

c) Tesis y trabajos de ascenso:

- Prado, Rossel. (2004). *La divulgación científica en Venezuela tiene cara de mujer*. Tesis de Licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Rivera, Adriana y Russián, Betina. (2006). *Belleza envenenada. Riesgos ocultos de la mesoterapia*. Tesis de Licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Tovar, Olga. (2005). *Propuesta para la creación de la unidad de atención médica integral de la mujer en el departamento de medicina del Hospital Central Antonio María Pineda*. Trabajo de ascenso,

Universidad Centro - occidental Lissandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela.

- Tovar, Olga. (2008). *Abordaje clínico con perspectiva de género a las pacientes hospitalizadas en el servicio de medicina de mujeres del Hospital Central Antonio María Pineda*. Tesis de Maestría, Universidad Centro- occidental Lissandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela.

d) Ponencias:

- Borges, Sayndra. (2009). *Buscando el norte del sistema sanitario: Los valores de la salud en Venezuela*. Conferencia presentada en la cuarta Jornada sobre Periodismo de Salud de Pfizer. Caracas.
- Oletta, José Félix. (2009). *Situación de las enfermedades emergentes y re - emergentes en Venezuela*. Conferencia presentada en la cuarta Jornada sobre Periodismo de Salud de Pfizer. Caracas.

**Documentos y leyes:**

- Código Médico Forense. 7 de junio de 1978. Caracas.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.600 del 30 de diciembre de 1999. Caracas.

- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. 18 de diciembre de 1978. Cedaw.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. 9 de junio de 1994. Belém do Pará.
- Instituto Nacional de la Mujer y Banco de Desarrollo de la Mujer. *Proyecto de Implementación de Presupuestos Sensibles al Género en la República Bolivariana de Venezuela.* (2005). Caracas.
- Ley de Colegiación Farmacéutica. Gaceta Oficial del 20 de enero de 1978. Caracas.
- Ley de Defensa contra Enfermedades Venéreas. Gaceta Oficial del 4 de noviembre de 194. Caracas.
- Ley de Ejercicio de Farmacia. Gaceta Oficial del 7 de julio de 1928. Caracas.
- Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial del 23 de agosto de 1982. Caracas.
- Ley de Ejercicio de la Psicología. Gaceta Oficial del 11 de septiembre de 1978. Caracas.
- Ley de Inmunizaciones. Gaceta Oficial del 8 de marzo de 1996. Caracas.

- Ley de Medicamentos. Gaceta Oficial del 3 de agosto de 2000. Caracas.
- Ley Orgánica de Ciencia, Tecnología e Innovación. Gaceta Oficial del 26 de septiembre de 2001. Caracas.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial del 25 de noviembre de 2006. Caracas: Asamblea Nacional.
- Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial del 11 de noviembre de 1998. Caracas.
- Ley Sobre la Condecoración de la Orden Heroínas de la Patria. Gaceta Oficial del 6 de febrero de 2007. Caracas: Asamblea Nacional.
- Ley de Promoción y Protección a la Lactancia Materna. Gaceta Oficial del 25 de enero de 2007. Caracas: Asamblea Nacional.
- Ley para la Protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad. Gaceta Oficial del 20 de septiembre de 2007. Caracas: Asamblea Nacional.
- Ley sobre Transfusiones y Bancos de Sangre. Gaceta Oficial del 8 de noviembre de 1977. Caracas.
- Ley sobre Trasplante de Órganos y Materiales Anatómicos en Seres Humanos. Gaceta Oficial del 3 de diciembre de 1992. Caracas.

- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad de 2006. (Septiembre, 2007) Caracas.
- Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Gaceta Oficial del 5 de junio de 2003. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud. *Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007: Situación del Derecho a la Atención Sanitaria.*
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (Octubre, 2006). Nueva York, Estados Unidos.
- Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Julio, 1993). Viena.
- Organización de las Naciones Unidas. Cuarta Conferencia de la Mujer (1994). Beijing.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informe Género, la Paz, y el Desarrollo en el Caribe (Septiembre, 2009) Paris
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe anual 2004. Nueva York, Estados Unidos.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe anual 2007. Nueva York, Estados Unidos.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido. Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008*. Nueva York.
- Proyecto de Ley Orgánica para la Equidad e Igualdad de Género. (Aprobada en primera discusión en junio, 2008). Caracas: Asamblea Nacional.
- Proyecto de Ley de Protección Social a las Amas de Casa. (2008). Caracas: Asamblea Nacional.
- Proyecto de Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud. (Aprobada en primera discusión en diciembre de 2004). Caracas: Asamblea Nacional.

**Estudios científicos:**

- Baylor College of Medicine. *Administration cooperative Study*. (1977). Estados Unidos.
- Brigham and Women's Hospital. *Physicians Heart Study*. (1990). Estados Unidos.
- Centro Médico de la Universidad Duke. Estudio sobre el efecto de las aspirinas en mujeres. (2005). Estados Unidos.

- Colectivo hombres y masculinidades. *Los hombres en las estadísticas colombianas*. (2005). Colombia.
- División de Diabetes Aplicada del Centro Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. *La diabetes y la salud de la mujer en las distintas etapas de su vida: una perspectiva de salud pública*. (2001).
- Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, Dana Farber Cancer Institute. *Nurse's Health Study*. (1976). Estados Unidos.
- National Heart Lung and Blood Institute Boston University. *Framingham Heart Study*. (1948). Estados Unidos.
- National Heart Lung and Blood Institute Boston University. *Multiple Risk Factor Intervention Trial*. (1982). Estados Unidos.
- National Institutes of Health. *Iniciativa para la Salud de las Mujeres*. (1991). Estados Unidos.
- Universidad Johns Hopkins de Baltimore. *Estudio Ventaja del factor X*. (Marzo, 2006) Estados Unidos.

## Electrónicas:

- Academia Española de Dermatología y Venerología [2009, mayo]  
Disponible en <http://www.aedv.es/>
- Asociación Americana del Corazón [2009, junio] Disponible en:  
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200000>
- Amarilla, Nuria. (Sin fecha). *Los diferentes efectos de los fármacos según el sexo* [Artículo en línea] Disponible en:  
[http://www.eupharlaw.com/noticias/farmacos\\_genero.pdf](http://www.eupharlaw.com/noticias/farmacos_genero.pdf) [Consulta: 2009, agosto]
- Borrás, Rafael. (Sin fecha) El alcohol. En: *Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Barcelona*. [Artículo en línea] Disponible en  
<http://www.farmaceuticonline.com> [Consulta: 2009, mayo]
- Carosio, Alba (2004). *Equidad y enfoque de género*. [Artículo en línea] Disponible en:  
<http://www.debatecultural.net/Observatorio/AlbaCarosio2.htm>  
[Consulta: 2009, junio]
- Casino, Gonzalo. (Sin fecha). Feminización. En: *Jano*. [Revista en línea] Disponible en [http://www.jano.es/jano/ctl\\_servlet? f=400](http://www.jano.es/jano/ctl_servlet? f=400)  
[Consulta: 2009, mayo]

- Centro de Estudios de la Mujer (2004). *Boletín en cifras: Violencia contra las mujeres*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://cem.ve.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/boletinviolencia.pdf>. [Consulta: 2009, mayo]
- Clarivel, María y Castañeda, Iliana. (2003). *Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la APS* [Artículo en línea] Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo\\_11.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo_11.pdf) [2009, agosto]
- Comisión Interamericana de Mujeres y Organización Panamericana de la Salud (2009). *Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres* [Artículo en línea] Disponible en: [http://www.acsol.org/archivos/biblioteca/poxqf\\_qcxqx\\_VIHVCMES09.pdf](http://www.acsol.org/archivos/biblioteca/poxqf_qcxqx_VIHVCMES09.pdf) [Consulta: 2009, octubre]
- Comunicación e Información de la Mujer. (2005). *Hacedoras de historia: James Miranda Stuart Barry*. [Artículo en línea ] Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/05ene/s05013109.html> [Consulta: 2009, abril]

- Consejo Internacional de Enfermeras. (Sin fecha). *La perspectiva de género en los servicios de salud* . [Artículo en línea] Disponible en: [http://www.icn.ch/matters\\_gendersp.htm](http://www.icn.ch/matters_gendersp.htm) [Consulta: 2009, agosto]
  
- Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana. [2009, mayo] Disponible en: <http://www.depresion.psicomag.com/>
  
- Curanderas y brujas, médicas desde la prehistoria. (2003). En: *Nuestra Casa* [Revista en línea] Disponible en: <http://es.geocities.com/martincanot> [Consulta: 2009, mayo]
  
- Díaz, Jorge (2006). *El impacto de la misión Barrio Adentro*. [Artículo en línea] Disponible en: [http://www.ovsalud.com/doc/Impacto de la MBA.pdf](http://www.ovsalud.com/doc/Impacto_de_la_MBA.pdf) [2009, octubre]
  
- División de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. [2009, julio]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/Spanish/>
  
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005). *La feminización del VIH- Sida*. [Artículo en línea] Disponible en: [http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch4/chap4\\_page1.htm](http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch4/chap4_page1.htm)  
[Consulta: 2009, septiembre]

- Fundación Americana de Lupus. [2009, mayo] Disponible en: [http://www.lupus.org/webmodules/webarticlesnet/templates/new\\_about\\_languages.aspx?articleid=400&zoneid=21](http://www.lupus.org/webmodules/webarticlesnet/templates/new_about_languages.aspx?articleid=400&zoneid=21)
- Grady, Denise..(2004). El cáncer de pulmón no afecta igual a hombres y mujeres. En: *La Nación* [Artículo en línea] Disponible en: [http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota\\_id=592485](http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=592485)
- Historia de la Ciencia. *La ciencia en la Edad Media*. [Artículo en línea]. Disponible en: <http://historiadelaciencia.idoneos.com/index.php/367057> [Consulta: 2009, abril]
- Instituto del Corazón de Texas. [2009, junio]. Disponible en: [http://www.texasheartinstitute.org/hic/topics\\_esp/ispanish.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/hic/topics_esp/ispanish.cfm)
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Muscoesqueléticas y de la Piel. [2009, mayo] Disponible en: <http://www.usa.gov/gobiernousa/Agencias/Artritis.shtml>
- Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/> [Consulta: 2009, junio ]

- Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos. [2009, mayo]. Disponible en: <http://www.usa.gov/gobiernousa/Agencias/Alcoholismo.shtml>
  
- Isis Internacional (sin fecha). *Violencia contra la mujer. Datos y estadísticas*. [Artículo en línea] Disponible en: <http://www.isis.cl/temas/vi/dicenque.htm#ven> [Consulta: 2009, octubre]
  
- López, Myriam. (1997) Medicina sexista. En: *El Mundo*. [Artículo en línea] Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/1997/247/01806.html> [Consulta: 2009, julio]
  
- Lovera, María del Mar. (2008). Reflexiones acerca del 8 de marzo Día Internacional de la Mujer. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* [Revista en línea] Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012008000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012008000100012&script=sci_arttext). [Consulta: 2009, agosto]
  
- Martínez, Emilia. (2008). *Un aposento para el fantasma: El androcentrismo en medicina*. [Artículo en línea] Disponible en: [http://www.elgeniomaligno.eu/numero3/materia\\_revolucion\\_androcentrismo\\_martinez.html](http://www.elgeniomaligno.eu/numero3/materia_revolucion_androcentrismo_martinez.html). [Consulta:2009, abril]

- Misión madres de Barrio Adentro [2009, septiembre]. Disponible en:  
<http://www.misionmadresdelbarrio.gob.ve/quees-creacion.php>
- Moguilevsky, Jaime. (2005). ¿La inteligencia tiene sexo? En: *Revista Nueva*. [Revista en línea] Disponible en:  
<http://www.revistanueva.com.ar/numeros/00710/nota05/> [Consulta: 2009. mayo]
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. [2009, mayo]  
Disponible en: <http://www.ninds.nih.gov>
- ONU Sida (2007) *La hoja informativa*. [Documento en línea] Disponible en  
[http://www.cinu.org.mx/onusida2008/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=71&tmpl=component&format=raw&Itemid=30](http://www.cinu.org.mx/onusida2008/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=71&tmpl=component&format=raw&Itemid=30)  
[Consulta:2009, octubre]
- Organización Mundial de la Salud. [2009, abril]. Disponible en:  
<http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Mujeres y Sida ¿nos has escuchado hoy?*. [Artículo en línea]. Disponible en:  
<http://www.who.int/features/2004/aids/es/index.html> [Consulta: 2009, octubre]

- Organización Panamericana de la Salud. [2009, abril]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/>
- Perancho, Isabel (2006). Ellas pagan con su salud un ejercicio diseñado para hombres. En: *El Mundo*. [Artículo en línea] Disponible en: <http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2006/661/1146261606.html> [Consulta: 2009, junio]
- Prado, Yakary. (2008). Una disfunción en el sistema nervioso causa el dolor de la fibromialgia. En: *El nacional* [Artículo en línea] Disponible en: [http://elnacional.com/www/site/p\\_contenido.php?q=nodo/27535/CienciayBienestar/Una-disfunci%C3%B3n-en-el-sistema-nervioso-causa-el-dolor-de-la-fibromialgia](http://elnacional.com/www/site/p_contenido.php?q=nodo/27535/CienciayBienestar/Una-disfunci%C3%B3n-en-el-sistema-nervioso-causa-el-dolor-de-la-fibromialgia) [Consulta: 2009, abril]
- Puleva Salud [2009, junio] Disponible en: <http://www.pulevasalud.com>
- Revelador estudio en Nueva Zelanda sobre adolescentes gay. (2009). En: *Universo Gay*. [Artículo en línea] Disponible en: [http://noticias.universogay.com/revelador-estudio-en-nueva-zelanda-sobre-adolescentes-gays\\_06062009.html](http://noticias.universogay.com/revelador-estudio-en-nueva-zelanda-sobre-adolescentes-gays_06062009.html) [Consulta: 2009, octubre]

- Saad, Anuar y De la Hoz, Jaime. (2001) El Reportaje. En: *Sala de prensa* [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.saladeprensa.org/> [Consulta: 2009, septiembre]
  
- Sánchez Mayka. (2001). Cuando el sexo marca la diferencia. La práctica clínica depende de si el paciente es hombre o mujer y varía entre médicos y médicas. En: *El País* [Artículo en línea ] Disponible en: [http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-diferencias de sexo.html](http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-diferencias_de_sexo.html) [Consulta: 2009, julio]
  
- Santo Tomás de Aquino. (Sin fecha). *Summa Theologiae*. [2009, abril]. Disponible en <http://hig.com.ar/sumat/>
  
- Sociedad Española de Cardiología. [2009, junio]. Disponible en: <http://www.secardiologia.es/>
  
- Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. [2009, mayo] Disponible en: [www.secot.es](http://www.secot.es)
  
- Universidad Nacional Autónoma de México. (Sin fecha). El enfoque de género en la construcción de conocimiento científico. En: *Revista Digital Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México* [Revista en línea]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.9/num7/art48/art48.pdf> [Consulta:2009, junio]

- Waisbord, Silvio y Coe, Gloria. (2002) Comunicación, periodismo, salud y desafíos para el nuevo milenio. En: *Razón y palabra* [Revista en línea] Disponible en :   
<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n26/swaisbord.html>  
[Consulta: 2009, septiembre]
- Yagüe, María Isabel. (2003). Madres de la medicina: Un poco de historia. En: *Verdemente*. [Revista en línea] Disponible en: <http://www.verdemente.com/Articulos/Historia/Madres%20de%20la%20medicina.htm> [Consulta: 2009, mayo]
- Yordi, Isabel (2003). La política de género en la OMS. En: *Quark* [Revista en línea]. Disponible en:   
<http://www.prbb.org/quark/27/default.htm>  
[Consulta: 2009, julio]

**Fuentes vivas:**

a) Abogados:

- Dilia Ribeiro (2008), profesora de Derecho Civil de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la UCV

- Guillermo Iribarren (2009), abogado egresado de la Universidad José María Vargas.
- Irene Torres (2008), profesora de Sociología Jurídica de la Escuela de Derecho de la UCV.

b) Antropólogos:

- Ángel Reyes (2009), antropólogo físico y profesor de la Escuela de Antropología de la UCV.
- Luramys Díaz (2009), antropóloga egresada de la UCV.
- Rodrigo Navarrete (2009), profesor de la Escuela de Antropología UCV y del diplomado

c) Farmacéuticos:

- Belkiss Dautant, farmacéutica encargada de la farmacia Fasa del Centro Comercial Ciudad Tamanaco.
- Irene Hoffman, profesora de farmacología de la Facultad de Farmacia de la UCV.
- Olivia Bello, asistente de la Dirección Médica de Pfizer.

- Salvatore Pluchino, asesor científico del laboratorio Boehringer Ingelheim y profesor de farmacología de la Facultad de Medicina de la UCV.

d) Miembros del Centro de Estudios de la Mujer de la UCV:

- Alba Carosio (2009), filósofa y directora del CEM
- Fernando Aranguren (2009), historiador y feminista.
- Isabel Zerpa (2009), educadora y coordinadora del área de docencia del CEM
- María Isabel Cedeño (2009), abogada del CEM.

e) Miembros de la Unidad de Investigación de Estudios de Género Bella Carla Jirón de la UC:

- Daisy Meza (2009), educadora e investigadora del área de desarrollo, evaluación y diseño de currículos de pregrado y postgrado.
- Marbella Camacaro (2009), ingeniera y directora de la Unidad de Investigación de Estudios de Género Bella Carla Jirón de la UC.

f) Miembros de Stop VIH:

- Jhonathan Rodríguez (2007), presidente

g) Pacientes:

- Ana Larrazabal (2009).
- Alicia Rodríguez (2009).
- Carmen Villegas (2009).
- Clarisa Rojas (2009).
- Cristine Villar (2008).
- Dalimar Chirinos (2009).
- Ezequiel Palacios (2009).
- José Sánchez (2009).
- Juan (2007).
- Juan Gutiérrez (2007).
- Julia Ferrer (2009).
- Karen Macías (2009).
- María Josefina Camacho (2009).
- Matilde López de Medina (2009).
- Milena Cabello (2009).
- Regina Romero (2009).

- Sandra Valencia (2009).

- Santiago Durán (2009).

h) Parlamentarios:

- Flor María Ríos (2009), presidenta de la Comisión Permanente de la Familia, Mujer y Juventud de la AN.

- Rafael Ríos (2009), miembro de la Subcomisión de Salud de la AN.

i) Profesionales de la salud:

- Alana Zanetti (2009), estudiante del primer año de la Facultad de Medicina de la UCV.

- Alba Niño (2009), reumatóloga y fundadora de la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer de la Ucla.

- Antonio Clemente (2009), cirujano y presidente para el bienio 2008 - 2010 de la Academia Nacional de Medicina.

- Argelia Melet (2009), psiquiatra.

- Enrique Melgarejo (2009), cardiólogo colombiano.

- Héctor Moreno (2009), enfermero y profesor de la UCV.

- Isaac Mosquera (2009), neurólogo especialista en dolor y director del Innap.
- Iván Stekman (2009), reumatólogo del Centro Profesional Santa Paula.
- Jaime Urdinola (2009), ginecólogo colombiano y miembro de la Sociedad Médica de los Andes.
- Jeannette Bastidas (2008), psicóloga y profesora de la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Ucla.
- Juan Yabur, ginecólogo y obstetra del Hospital de Clínicas Caracas.
- Lucía Alvarado (2009), terapeuta ocupacional egresada de la Ucla.
- Manuel Arias (2009), ginecólogo y director del Proyecto Madre del Mpps.
- María D'Empaire (2009), ginecóloga y directora del Comité de Bioética de la Sociedad Venezolana de Ginecología y Obstetricia.
- María Elena Riera (2009), psiquiatra y profesora de la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Ucla.
- María Graciela López (2007), doctora adjunta de la Unidad de Infectología del Hospital de Niños J. M. de los Ríos.

- Mary Zaitzman (2009), ginecóloga y obstetra del Centro Médico de Caracas.
- Miguel González (2009), profesor de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Escuela Luis Razzeti de la UCV.
- Miguel Malo (2009), médico y asesor de población y desarrollo de la OPS.
- Olga Roldán (2009), terapeuta ocupacional y profesora de la maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Ucla.
- Olga Tovar (2009), internista y profesora de la Maestría Desarrollo Integral de la Mujer dictada en la Ucla.
- Yusmary Vargas (2009), licenciada en Enfermería y coordinadora del Servicio Comunitario de la Escuela de Enfermería de la UCV.

j) Psicólogos sociales:

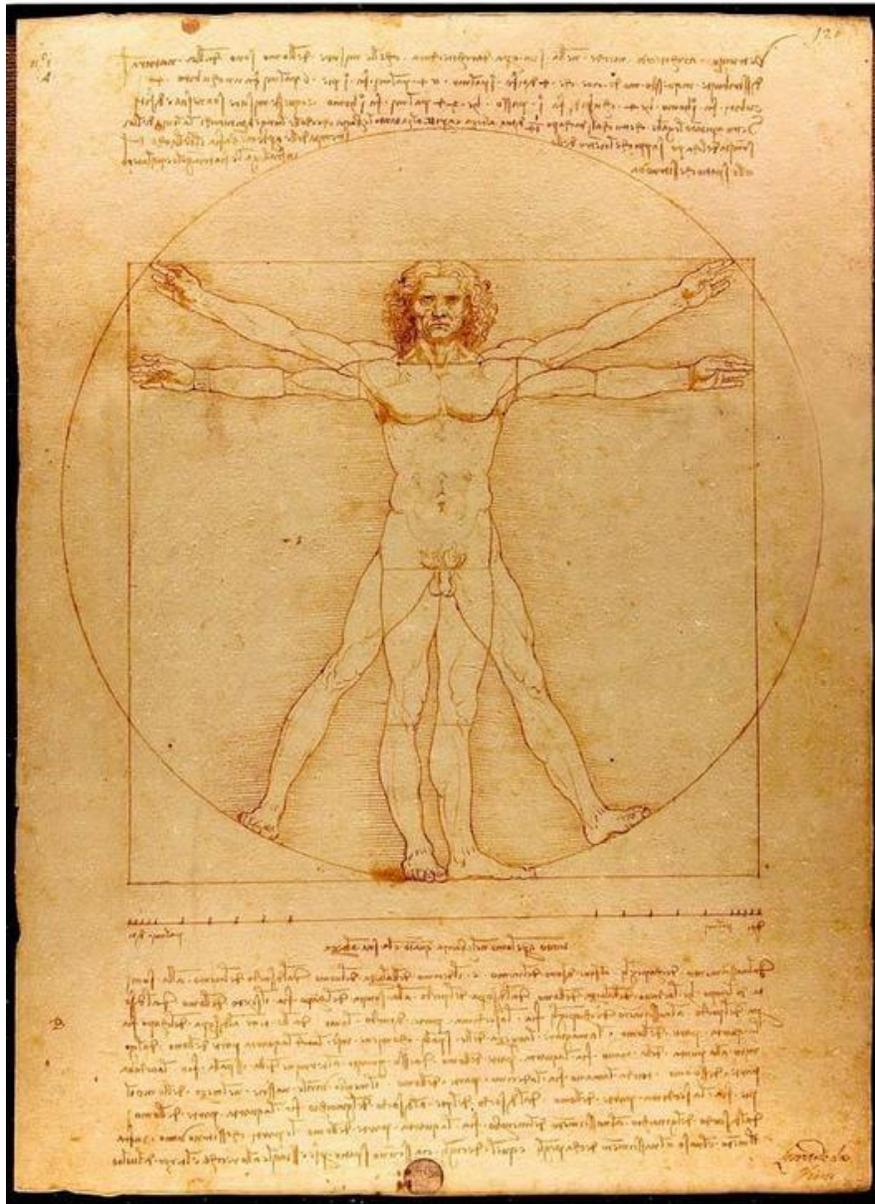
- Ana María Aguirre (2009), psicóloga social de Plafam.
- Leoncio Barrios, psicólogo social y profesor e investigador de la UCV.
- Luisana Gómez (2009), psicóloga social y miembro del CEM.

k) Periodistas científicos:

- Acianela Montes de Oca (2007), periodista científica e investigadora en comunicación para la salud.
- María Alejandra Berroterán (2009), periodista científica egresada de la Ucab y encargada de la columna de salud del periódico comunitario Acento en el Cafetal.
- Marielba Nuñez (2009), periodista científica del diario El Nacional.
- Patricia Pérez (2009), periodista científica egresada de la Universidad Católica Andrés Bello (Ucab) y encargada del encarte Salud al día que circula en el diario El Nacional.

## **ANEXOS**

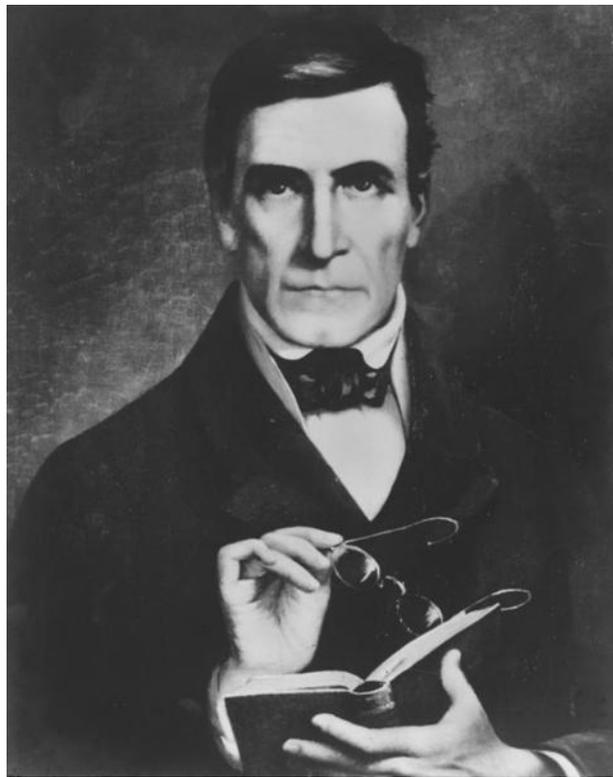
**Anexo I.-** Fotografía del manuscrito con el dibujo el Hombre de Vitruvio realizado por Leonardo Da Vinci alrededor del año 1492. La representación es considerada el Canon de las proporciones humanas.



**Anexo II.-** Pintura ubicada en el Decanato de la Escuela de Medicina de la Ucla.



**Anexo III.-** Retrato de José María Vargas, médico cirujano fundador de la cátedra Anatomía Humana de la actual Universidad Central de Venezuela. Imagen de la Colección del Instituto Autónomo Biblioteca Nacional (IABN).



**Anexo IV.-** Retrato de Luis Razetti, médico cirujano considerado el modernizador de la ciencia médica venezolana. Imagen de la Colección del labn.



**Anexo V.-** Retrato de la pediatra Lía Imber de Coronil, quien en el año 1936 se convirtió en la primera mujer médico graduada en la UCV después de ver estudios completos.



**Anexo VI.-** Óleo del pintor Roberto Fantuzzi, realizado antes de 1957 y ubicado en la sede de la cátedra de Pediatría del Hospital Universitario de Caracas. Sentados: a la izquierda el Dr. Miguel Raga Mendoza y a la derecha el Dr. Hernán Quintero Uzcátegui. De pie: de izquierda a derecha, los doctores Ernesto Figueroa, Gabriel Barrera Moncada, Eduardo Urdaneta, Espíritu Santos Mendoza, Ernesto Vizcarrondo, Pastor Oropeza (Jefe de la cátedra), Hernán Méndez Castellanos y Guillermo Tovar.



**Anexo VII.-** Noticia publicada en el portal web de la cadena de información internacional alemana Deutsche Welle el 20 de febrero de 2007, disponible en <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,2358797,00.html>

**CIENCIA Y TECNOLOGÍA | 20.02.2007**

## **Medicina de género**

**Dado que los organismos de hombres y mujeres son distintos, algunas aproximaciones a la medicina comienzan a tomar en cuenta estos factores fisiológicos distintos.**

En tanto seres humanos, hombres y mujeres son iguales por completo. Pero es un hecho que los organismos de unos y otras son distintos, y tales diferencias son tomadas cada vez más en cuenta por la comunidad médica.

### **Debate médico**

Un grupo de expertos se reunió recientemente en la Universidad de Hannover precisamente para discutir la importancia de las diferencias orgánicas entre los géneros, y sus eventuales repercusiones en los tratamientos médicos.

Se ha hablado frecuentemente, por ejemplo, de que el corazón de las mujeres es más pequeño que el de los hombres. De igual modo, la masa muscular es menor, y por supuesto hay diferencias notables cuando se habla de las hormonas.

La Dra. Liljana Verner, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Hannover, supone que son los estrógenos los que causan reacciones diferentes en las mujeres ante la anestesia.

En muchas mujeres, el efecto de la anestesia pasa con mayor rapidez que en los hombres. De igual modo, los hombres presentan menos complicaciones postoperatorias que las mujeres. Los efectos secundarios más frecuentes e incómodos ante este tipo de sustancias son mareo y vómitos.

### **Reacciones distintas**

Las mujeres presentan cuatro veces más este tipo de complicaciones que los hombres. Pero no es mucha la información que puede sustraerse de los estudios clínicos en este sentido: 80 por ciento de los estudios previos a la aplicación de anestésicos carecen de indicadores específicos para profundizar más en las diferencias en las reacciones de ambos géneros.

El Dr. Richard Lux, de la misma institución de estudios médicos, coincide en que las hormonas son un importante factor en el desarrollo de asma. No puede aclararse de otro modo, dice, que muchos jóvenes se curen como por arte de magia en la pubertad mientras que en esa misma etapa de la vida los padecimientos asmáticos presentan un incremento dramático.

### **Hacia la "medicina de género"**

Estos conocimientos son relativamente nuevos, y su aplicación no es usual en estudios clínicos ni epidemiológicos: normalmente se considera que padecimientos como el asma son "neutrales" desde el punto de vista de los géneros. Lo mismo puede decirse de la prevención, la terapia y el levantamiento de datos.

Aunque hay indicios de que esto ha comenzado a cambiar, no es suficiente. "Debemos alejarnos de una vez por todas del modelo corporal masculino dominante", señala Brigitte Lohff, historiadora de la Medicina de la Universidad de Hannover.

Es cierto que deben cambiarse actitudes; pero finalmente, sólo los estudios clínicos podrán esclarecer hasta dónde debe llegar la futura "medicina de género", tanto en su estudio como en sus aplicaciones.

**Anexo VIII.- Comunicado de la Federación Médica Venezolana sobre el sistema público de salud, emitido el 13 de junio de 2009.**



## **FEDERACION MEDICA VENEZOLANA**

### **SIGUE LA DESTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN VENEZUELA**

REF: J-0013102-9

Desde hace nueve años, el Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana, viene advirtiendo en relación a la pretensión del gobierno actual de sustituir el sistema de asistencia a la salud de nuestro país, bien ponderado a nivel mundial por sus logros, adelantos y calidad, comparable con los países más desarrollados en esta materia, por un sistema paralelo, no evaluado previamente y copiado de un país con dudosos resultados de sus programas sanitarios y de atención a la salud. El proceso es eminentemente político, inmerso en una concepción errada en cuanto al manejo serio, científico y eficiente de la atención preventiva y curativa a la población, el cual debe ser medido por parámetros establecidos por los organismos internacionales y debe reflejar la verdad en cuanto a salud, al parecer esto no se ha cumplido últimamente.

La funcionabilidad del sistema normal de salud, depende de estructuras físicas adecuadas, que cumplan los rigurosos requisitos sanitarios, la dotación y los insumos necesarios además del personal calificado, proveniente de la formación académica o profesional con pensum de estudios y requisitos que se actualizan en forma constante.

El gobierno en su empeño político en estos nueve años ha tratado de implementar este sistema paralelo, no consultó ni admitió opiniones de los organismos conocedores y con experiencia en la materia, se han dispuesto cuantiosos recursos económicos, abandonando los centros hospitalarios tradicionales, hoy sumidos en el abandono, se proyectaron refacciones que permanecen inconclusas en el tiempo, acabó con la meritocracia, los concursos y se niega a firmar las contrataciones colectivas, inventó una nueva carrera médica, improvisada carente de formación y conocimientos necesarios para atender la exigente materia relacionada con la salud y la vida, todo esto ha conducido a una crisis que cada día se acentúa más.

La vida y la salud de la población no son prioridad para el gobierno actual, le da tan poca importancia, que designa en forma irresponsable a un militar como ministro de salud, carente del mínimo conocimiento en el manejo de algo tan serio y vital para la población. Con este panorama tan crítico surge una nueva arremetida, la inseguridad en los hospitales, los médicos y el personal en las emergencias de los hospitales, son víctimas frecuentes de asaltos, robos, agresiones, hostigamientos, amenazas contra su vida y violencia contra su integridad física, ya existen denuncias de los médicos de los principales centros hospitalarios de Caracas y de las ciudades del interior, sin que se tomen medidas. Los médicos que se atreven a denunciar toda esta situación son amedrentados por los seguidores del gobierno o por los funcionarios de los organismos oficiales, como acaba de ocurrir con los cuatro colegas de la Maternidad Concepción Palacios, con más de 15, 20 y 25 años atendiendo a la madre y al niño; los Dres: Fernando Calderón, Rafael Rodríguez, José Colón y Giuseppe Mandolfo fueron despedidos por el Ministro de Salud, por haber declarado y denunciado el fallecimiento de neonatos en esa institución, debido a problemas relacionados con la falta de insumos, equipos y personal médico.

Los colegas cumplieron con sus deberes éticos, profesionales y gremiales, pero la solución del problema según el Ministro de Salud es despedirlos y surge la interrogante, ¿el ministro está solucionando el problema de atención en la Maternidad Concepción Palacios como es su deber o simplemente con esta medida pretende ocultar su irresponsabilidad y la ineficiencia del gobierno en esta gran crisis hospitalaria que ha ocasionado miles de fallecimientos?

Con el despido de los colegas, en forma ilegal, el ministro solo está agravando la crisis de déficit de personal. Se concluye que el problema no es la salud y la vida de la población, es obedecer y cumplir órdenes para que no existan voces que denuncien el engaño de este proceso y el sistema ineficiente de salud que nos han querido imponer.

El Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana, en atención a los principios gremiales y doctrinarios, manifiesta su irrestricta solidaridad y apoyo a estos colegas, como a todos los que sufran estas agresiones y estamos dispuestos asumir su defensa en el orden gremial y legal, exigiendo el respeto de la convención colectiva de trabajo vigente.

**Nuevamente hacemos un exhorto a la población para defender junto a los médicos y el personal que labora en los centros asistenciales, los derechos a la vida y a la salud consagrados en nuestra constitución.**

**Por el COMITÉ EJECUTIVO de la  
FEDERACIÓN MÉDICA VENEZOLANA**

**DR. DOUGLAS LEÓN NATERA.**  
Presidente.

**DR. JUAN CORREA SIFONTES.**  
Subsecretario General.

[www.federacionmedicavenezolana.org](http://www.federacionmedicavenezolana.org)

**Caracas, 13 de junio de 2009**

Edificio Federación Médica Venezolana • Av. Orinoco • Urb. Las Mercedes  
Telfs.: (0212) 993.3536 - 993.4547 • Fax: (0212) 993.2890

**Anexo IX.-** Extracto del artículo El duelo tiene rostro de mujer, publicado en el diario El Nacional el 20 de septiembre de 2009.

# El duelo tiene rostro de mujer

Cada año la violencia deja a miles de venezolanas sin sus esposos, hijos y padres. Ellas se convierten en sobrevivientes que deben lidiar, sin ayuda oficial, con las secuelas destructivas que deja la inseguridad. Detrás del llanto se esconde un grave problema de salud pública

**DAVID GONZÁLEZ**  
dgonzalez@el-nacional.com

**R**ozana González está de luto. Todavía cobija el deseo de que su hijo asesinado, Rosmel, de 17 años de edad, regrese un buen día a casa y le diga que su ausencia no fue más que un mal sueño. El viernes se cumplió un mes del homicidio y aún le cuesta asimilarlo: "Ojalá se levanta-

ra y volviera conmigo, porque estoy viviendo un infierno". El duelo apenas comienza para ella. Las imágenes de aquel día vuelven a su cabeza como una película incontrolable. Estaba en su negocio, la panadería La Mansión de El Llanito, cuando recibió la llamada con la noticia de que al muchacho le habían disparado en Petare. La llevaron en motocicleta al hospital Domingo Luciani y llegó a tiempo para recibirlo y ayudar a cargarlo hasta la emergencia.

Cuando entendió que estaba muerto, que no había nada que se pudiera hacer, le gritó a él con el apodo familiar y el mismo anhelo que abriga hoy: "¡Párate, Peluso, párate!". Fue una sacudida repentina y terrible. "Era mi bebé, mi compañero y mi amigo". Su rostro, desde la morgue de Bello Monte, se hizo noticia al día siguiente por el relato del caso: un delincuente de una banda del sector La Esquina Caliente abrió fuego contra el ado-

lescente porque éste se negó a entregarle un Blackberry que había recibido como regalo de la familia por pasar a quinto año de bachillerato. González habla desde la casa de su hermana en El Campito, Petare, una vivienda de bloques, techo de zinc y piso de cemento con una sala diminuta. Está sentada en un sillón. Dice que durante el último mes no ha dejado de visitar siquiera un día la tumba de su hijo: "Por las noches me angustia la

idea del frío que está pasando". No quiere que el homicidio se convierta en uno más, aunque está consciente de que su drama se repite con miles de mujeres cada año a las que la inseguridad convierte sin previo aviso en madres sin hijos, en esposas sin esposos y en hijas sin padres.

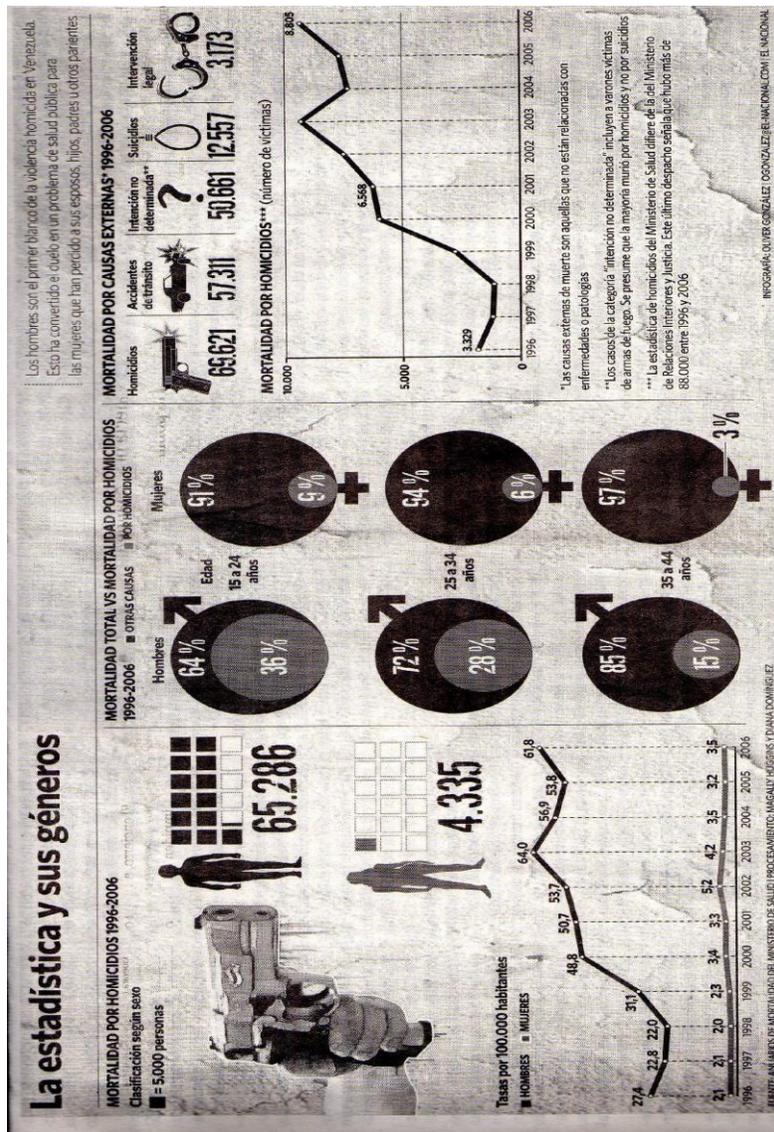
"Ellos mueren y ellas lloran", dice Magally Huggins, investigadora del Centro de Estudios de Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela y miembro del equipo coordinador del Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres. Acuñó la frase para resumir la lógica de la violencia en Venezuela: más de 80% de los caídos por homicidios es de sexo masculino y tiene entre 15 y 45 años de edad según la última estadística del Ministerio de Salud. Son de origen humilde. En los últimos 13 años, según los cálculos de la académica, 1 millón de personas se convirtieron en "víctimas secundarias" de esos delitos. La gran mayoría, aproximadamente las dos terceras partes, fueron mujeres que atravesaron un infierno como el descrito por Rozana González. Son, como ella, sobrevivientes que deben lidiar no sólo con la pérdida de sus familiares, sino con el resto de las secuelas destructivas que deja la inseguridad. La pri-

mera, para Huggins, es el duelo traumático: "Es un gran problema de salud pública y afecta principalmente a la población femenina". Lo describe como una "epidemia de dolor".

La naturaleza de la pérdida que ocasiona una muerte violenta es la clave para comprender lo que ocurre. "Vives duelos cuando alguien fallece por causas naturales, pero estás preparado porque sabes que esa persona se va a morir. Si pierdes a alguien por un infarto, es duro por lo repentino, quedas en shock. Pero cuando te matan a un ser querido, no sólo es algo súbito sino que hay alguien que asumió el papel de Dios", dice Huggins. Uno que, en Venezuela, dispara de día y de noche: en el país, 90% de los homicidios se comete con armas de fuego. Los datos del Ministerio de Salud confirman que, entre 1996 y 2006, se duplicó el porcentaje de fallecidos por ese tipo de delitos en la estadística general de mortalidad en el país.

El duelo traumático se transforma en una gran sensación de desamparo y en conductas erráticas que mantienen al afectado al margen de la vida ciudadana, de acuerdo con la investigadora. Los expertos hablan de una "revictimización" que se profundiza con la impunidad judicial -me- nos de la décima parte de

**Anexo X.-** Infografía La estadística y sus géneros, extraída del artículo El duelo tiene rostro de mujer, publicado en el diario El Nacional el 20 de septiembre de 2009.



**Anexo XI.-** Noticia publicada en el portal web del canal de televisión Globovisión el 27 de marzo de 2009, disponible en <http://www.globovision.com/news.php?nid=82862>.

## **Fallecieron 6 recién nacidos en la Maternidad por falta de personal, según el vicepresidente de la Sociedad Médica de la institución**

Según el vicepresidente de la Sociedad Médica de la Maternidad Concepción Palacios, Giuseppe Mandolfo, entre la noche de ayer y la mañana del día de hoy fallecieron 6 recién nacidos en esta institución por falta de personal médico. Sólo había un neonatólogo atendiendo 16 partos al mismo tiempo.

El galeno indicó que trabajar en estas condiciones “es humanamente imposible”. Además, señaló que el hecho trascendió de tal forma que esta mañana se movilizó el Vicepresidente de la República para hacer un acto de presencia en la Maternidad.

También expresó que se quejaron ante el Colegio de Médicos de Caracas porque habían hecho caso omiso a sus denuncias de falta de personal en el centro asistencial.

“Esta fue una muerte anunciada, porque nosotros denunciábamos la crisis y lo que hicieron fue poner pañitos calientes”, indicó Mandolfo quien añadió que “el problema no se soluciona con la dotación de equipos, porque para manejarlos se necesita personal capacitado”.

Denunció además a la directiva de la maternidad. “La directiva ha sido negligente, porque si hubiese un poco de moral deberían renunciar ante este hecho, dijo Mandolfo.

Por su parte, Ligia González, jefe del servicio siete de hospitalización de la Maternidad, indicó que “fallecen niños todos los días por falta de atención adecuada, de cada diez por lo menos nueve tienen complicaciones. La mayoría recién nacidos son pre-términos, de madres adolescentes y sin la adecuada atención pre-natal”.

Denunció además que se cerró el postgrado de neonatología y que antes contaban con cuatro neonatólogos por guardia y ahora sólo uno. “Si cuatro no eran suficientes, y

imagínense ahora uno sólo atendiendo todos los bebés de una noche”, expresó González.

Para ella, el problema radica en los bajos salarios que devengan los médicos en la salud pública y que por esa razón todos los días renuncia alguien. “Yo como jefa, después de 15 años de servicio, gano 1 millón doscientos mil bolívares y mis médicos alrededor de seiscientos. Esto no nos alcanza para mantener a nuestras familias”, señaló.

También denunció el maltrato del que según ella es víctima el personal de la maternidad por parte de la Institución y de su directiva.

Las enfermeras también se hicieron escuchar en esta oportunidad, y Laura Bahamonde, secretaria ejecutiva del sindicato de trabajadores de clínicas y hospitales de Caracas, explicó que por fin en nueve años se está destapando la verdad.

“Aquí la infraestructura se deteriora día a día”, explicó y además dijo que la gestión de la doctora Belén Briceño “ha sido fatal”, por lo que solicitan al Ministerio de Salud que sea destituida de su cargo.

Por su parte, Rafael Rodríguez, Jefe de Guardia de la sala de partos de la Maternidad Concepción Palacios, señaló que la situación de los recién nacidos era crítica pero por la congestión en el organismo no tenían los cupos de terapia infantil, “porque esos cupos están llenos y esa fue la causa principal del fallecimiento de los recién nacidos que estaban esperando el cupo”.

Explicó que hubo un caso que murió en el vientre de la madre “pero era por falta de cupo, es un problema estructural. Había el personal médico atendiéndolos pero la asistencia por cupo era la que fallaba”.

**Anexo XII.-** Información publicada por el diario Últimas Noticias el 25 de septiembre de 2009, disponible en <http://www.guia.com.ve/noti/48644/18-dias-sin-consultas-ni-cirugias-por-la-inseguridad>

### 18 días sin consultas ni cirugías por la inseguridad

Desde hace 18 días, los médicos del Hospital José Gregorio Hernández de Los Magallanes de Catia exigen a las autoridades de salud que les garanticen seguridad dentro del centro asistencial. La misma cantidad de días llevan las consultas externas y cirugías electivas suspendidas, como medida de presión a la espera de respuestas efectivas, pero no las han recibido.

Por ello, ayer por segundo día consecutivo, médicos, personal de enfermería, camilleros, pacientes y vecinos salieron a protestar frente al hospital y a las personas que transitaban por allí les entregaban un volante informativo. Inseguridad, falta de insumos, laboratorios con deficiencias, falta de rayos X y tomografías, sueldos indignos del personal de salud, problemática de los ascensores y quirófanos inoperativos son las problemáticas para las que exigen solución.

Trino Muñoz, representante de la Sociedad de Médicos Residentes e Internos, señaló que el último hecho de inseguridad ocurrió el miércoles en la noche, cuando ingresaron a la dirección del hospital y se robaron varios equipos. Otro de los hechos que les indigna fue el asalto a un médico cuando se iba a su casa a las 6 de la tarde.

Lo apuntaron con un arma, le hicieron arrodillarse y le robaron el carro y sus pertenencias. Este fin de semana una pediatra fue agredida física y verbalmente por familiares de un paciente. 'A diario se presenta un robo o una agresión.

Queremos volver a trabajar con seguridad', expresaron.

Muñoz recordó que desde hace 18 días (hoy van 19) se declararon en asamblea permanente y el primer día las autoridades de la Policía Metropolitana (PM) de la zona les aseguraron que enviarían 10 PM para cada turno, 'pero vienen irregularmente y su presencia no es permanente. Exigimos que sea constante', dijo el galeno. Aseguran que la directiva del hospital ha hecho las gestiones pero desde el Min-Salud no ha habido respuesta.

Aunque las cirugías y consultas están suspendidas, aclararon que siguen atendiendo emergencias y que la atención primaria está garantizada

**Anexo XIII.-** Noticia publicada en la versión electrónica del diario El Universal el 6 de febrero de 2009, disponible en [http://www.eluniversal.com/2009/02/06/pol\\_art\\_douglas-leon-natera\\_1257474.shtml](http://www.eluniversal.com/2009/02/06/pol_art_douglas-leon-natera_1257474.shtml)

## **Douglas León Natera afirma que déficit de médicos ronda 42%**

### **En poco más de 2 años emigraron cerca de 2 mil 400 médicos**

Cerca de 30 mil médicos han emigrado del sector público durante el gobierno del presidente Hugo Chávez, lo que eleva el déficit de profesionales de la salud en los hospitales a poco menos de 42%.

La cifra la provee el presidente de la Federación Médica Venezolana (FMV) Douglas León Natera, quien explica que el éxodo es producto del desprecio que este Gobierno ha mostrado por el gremio y en general por todo el sector.

"Sueldos miserables, difíciles condiciones de trabajo en los centros públicos de salud por inseguridad, deficiencias en la dotación de equipos e insumos médico quirúrgicos y la agresividad del discurso del Gobierno", se han conjugado para que los galenos tomen la decisión de emigrar a la práctica privada, al comercio informal o a otros países que ofrecen facilidades y una mayor remuneración.

León Natera, afirma que la FMV recibe por semana un promedio de 17 solicitudes de reciprocidad, trámite necesario para la firma de la convalidación que se requiere para ejercer fuera del país.

"Sólo en los últimos 29 meses han salido del país unos 2.400 médicos generalmente hacia España, Canadá y Australia. También tenemos conocimiento de que existe una gran cantidad de galenos que partieron sin realizar trámites en la FMV."

Ante esta realidad -advierte León Natera- el Gobierno "hace poco o nada para incentivar la permanencia de los profesionales de la salud en el sector público o el ingreso de recién graduados al sistema hospitalario".

El ex ministro de Sanidad, Rafael Orihuela concuerda con el presidente de la FMV en señalar la gravedad del déficit de médicos, sobre todo tomando en cuenta que muchos posgrados en

diferentes especialidades han debido cerrarse o están casi vacíos debido a que los jóvenes parten a culminar su carrera y a hacer su práctica en el exterior.

A la carencia de médicos se une la de los enfermeros. Hoy hacen falta más de 3 mil 600 sólo en el Distrito Metropolitano, apunta Ramón Agüero, presidente del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Caracas, quien asevera que en el resto del país la situación es similar.

Agüero también adjudica el déficit de enfermeros al éxodo hacia la salud privada, al exterior y a actividades comerciales, aunque agrega otro factor importante: una gran cantidad que pasó a jubilación y no ha sido reemplazado.

Orihuela reconoce que la falta de médicos y enfermeros no es un problema exclusivo de la gestión de Hugo Chávez. "Ya en los 90 existía en Venezuela una carencia importante, la diferencia está en que en ese momento se hizo un gran esfuerzo para subsanarla".

"Se trabajó para titular de enfermeros graduados a auxiliares de enfermería, al igual que producir más de 7 mil nuevos enfermeros y se intensificaron varios posgrados donde había crisis: pediatría, cirugía, obstetricia, ginecología y oftalmología esfuerzos que dieron fruto y detuvieron el déficit".

