

SUJETO DE ESTUDIO DEL TRINOMIO SALUD-SOCIEDAD-ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD PÚBLICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN VENEZUELA

Study Subject of the Trinomial Health-Society-Primary Care in Public Health with a Gender Perspective in Venezuela

Jesús Argenis Villarreal Hernández,
Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina.
Estado Carabobo, Venezuela
jvillarreal17@hotmail.com

Recibido 28/10/2019
Aceptado 20/12/2019

RESUMEN

En este ensayo se exponen diversas reflexiones relativas a la perspectiva de género del Sujeto de Estudio en el Trinomio Salud-Sociedad-Atención Primaria en la Salud Pública en Venezuela, para ello se consideran Sujetos a la diada paciente-profesional médico y el conjunto de actores-sujetos integrado por familiares del paciente y el personal de enfermería, administrativo o auxiliar. Se exponen los siguientes aspectos: (i) Los Sexos; (ii) El Género; (iii) Sexo/Género; (iv) El Género Limitante; (v) El Género y el Trabajo; (vi) El Género y la Salud; (vii) El Paradigma Biomédico. El autor apoya la visión de la salud como un fin natural en la vida en el cual debe integrarse esta perspectiva. Las mujeres se encuentran en posiciones de mayor vulnerabilidad por su condición de género, además se debe sensibilizar al ser humano-hombre en la sociedad, a un nivel de apreciación tal que lo visibilice, debido a la construcción sociocultural patriarcal en la cual convivimos. La investigación ha puesto de manifiesto el sesgo de género en muchas áreas de la medicina. Bajo este análisis es crucial distinguir entre causas biológicas y explicaciones sociales para los diferenciales de salud entre hombres y mujeres, y entender que estos espacios son los resultados de las relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres, y no sólo debido a las consecuencias de la biología; las mujeres son principalmente vistas como madres y esposas, en lugar de seres humanos que tienen necesidades de salud: la salud femenina no es sólo la función reproductiva de la mujer.

Palabras clave: Género, sexo, feminismo, salud pública.

ABSTRACT

This paper presents several reflections on the gender of the subject of study in the Trinomial Health, Society and Primary Care in Public Health in Venezuela, for it is considered that the study subjects are patient professional-physician dyad and all built by relatives of the patient and the nursing staff, administrative, or ancillary actor-subjects. The following aspects are discussed: a) sex; b) gender; c) Sex / Gender; d) Limiting Gender; f) Gender and Work; g) The Gender and Health; h) Biomedical

Paradigm. The authors support the view of health as a natural order of life in which to integrate a gender perspective. In many situations women are in positions of greater vulnerability of their gender, it should also raise human-man being in society, at a level of assessment that will aggregate to see what was once invisible because of the male chauvinist cultural construction in which we live. The research highlights the gender bias in many areas of clinical and academic medicine and to avoid it is necessary to consider a gender perspective in medicine. In gender analysis it is crucial to distinguish between biological causes and social explanations for the health differentials between men and women and to understand that these spaces are the results of unequal social relations between them, and not just because of the consequences of biology; women are primarily seen as mothers and wives, rather than human beings who have health needs: women's health is not only the reproductive function of women.

Key Words: Gender, sex, feminism, public health.

INTRODUCCIÓN

En este ensayo se exponen diversas reflexiones relativas a la perspectiva de género, del sujeto de estudio en el Trinomio Salud-Sociedad-Atención Primaria en la Salud Pública en Venezuela, constituido por la diada paciente-profesional médico y conjunto de actores-sujetos integrado por familiares del paciente y el personal de enfermería, administrativo o auxiliar. Partiendo desde una mirada de reconocimiento de género es pertinente y necesario reflexionar profundamente sobre las maneras en que la medicina clínica y académica realiza su abordaje semiológico y semántico en los (as) pacientes que acuden al sistema de atención primaria del sistema de salud pública en Venezuela y la región.

Desmarcándonos del sistema de salud despersonalizante, deshumanizador y cosificante del ser humano que impera en la medicina actual, bajo el modelo biomédico, aspiramos al reconocimiento y respeto de todos los seres humanos en sus diferencias, ya sean raciales, culturales económicas, y ,entre otras, especialmente la de género.

Por tal motivo antes de adentrarnos a la sustentación del desarrollo temático considero pertinente traer que el concepto de feminidad no tiene un contenido fijo y universal, lo que también es fuente de ansiedad y malestar, pues no hay respuesta unívoca al interrogante sobre lo que significa ser mujer ni al enigma de la diferencia entre los sexos. Tubert (2010).

En el período primitivo, los aportes de las mujeres al proceso de hominización fueron relevantes. Constituyeron el producto de una práctica cotidiana en la que la inventiva femenina condujo a crear, empíricamente, las bases materiales de la cultura, que favorecieron incluso a los hombres. Pero éstos terminaron apropiándose del sistema instaurado con la participación de las mujeres, subvirtiendo sus propósitos para

ponerlos al servicio de sus intereses, elaborando una nueva ideología y una cultura que excluyó a aquellas, desvalorizando sus aportes, conocimientos y epistemes.

La visión de la mujer no sólo es doble y amplia, sino también proyectiva, de allí que resulta más previsor y esperanzadora que la del hombre. Incluso, su pasado es visto con un sentido más integrador, al pensar en el núcleo social de procedencia, marcado por una visión familiar y ecológica, una visión completa, casi cosmológica. Boscán (2007).

DESARROLLO

Los sexos. La diferencia entre los sexos es objeto de discursos ideológicos contradictorios que, en un caso plantea un universalismo que une, y en otro una divergencia que exagera la diferencia desde la perspectiva de la valorización del sexo femenino. Ambos perfilan la existencia de relaciones sociales de sexo fundamentadas en un sentido histórico-cultural, y ahora con presencia del feminismo, en su práctica y teorización. (Tabla 1)

Tabla 1

Polo Sexo Masculino – Polo Sexo femenino

POLO SEXO MASCULINO	POLO SEXO FEMENINO
Es modelo para el sexo femenino	Se modela según lo demarcado por el sexo masculino
Identificado con la cultura y lo simbólico	Identificado con lo natural
Se relaciona con lo humano (con sentido neutro)	Se relaciona con la sexualidad
Ser dotado de órganos para fecundar. Lo perteneciente o relativo a este ser. Varonil, enérgico. Fuerte Controlado emocionalmente Con necesidades racionales Independientes Seguros Rebeldes	Ser dotado de órganos para ser fecundado. Lo perteneciente o relativo a este ser. Débil, endeble. Descontrolada emocionalmente Hipersensible Con necesidades irracionales Pasivas Dependientes Inseguras Sumisas Subordinadas a su fisiología Limitadas en sus capacidades intelectuales, sociales y culturales por su función pro-creadora (menstruación, embarazo, parto, puerperio, menopausia).

Fuente: el autor según información de Tubert (2009).

Esta caracterización de lo femenino se identifica con la desvalorización tradicional de las características señaladas para las mujeres, y la labor socio-cultural de preparación de la mujer para ocupar ciertas posiciones sociales subordinadas a lo masculino.

El género. Es un componente integral de todos los aspectos de la vida económica, social, cotidiana y privada de los individuos y las sociedades, y de los diferentes roles que la sociedad atribuye a los hombres y las mujeres. La perspectiva de género examina el impacto de género en las oportunidades, las funciones y las interacciones sociales de las personas.

Por lo tanto, el género es un concepto más amplio que el sexo, y la perspectiva de género en la medicina implica que las condiciones de vida, las posiciones en la sociedad y las expectativas sociales sobre la "feminidad" y "masculinidad" deben ser considerados junto con la biología en las relaciones profesionales, así como cuando teorizar acerca de las mujeres y cuando sobre "masculinidad". El desconocimiento de los aspectos de género entre los profesionales de la salud e investigadores médicos puede llevar a un sesgo de género.

Sexo/Género. Es por ello que se utilizan dos términos distintos para designar las diferencias biológicamente determinadas entre hombres y mujeres, identificadas como "diferencias sexuales", y los construidos socialmente, que se llaman "diferencias de género". Ambos definen las diferencias entre hombres y mujeres, pero tienen connotaciones muy diferentes.

Para el autor se presenta conveniente destacar que el sexo se refiere a las características biológicas permanentes e inmutables comunes a personas en todas las sociedades y culturas, mientras que el género define rasgos forjados a lo largo de la cultura-historia de las relaciones sociales y que, aunque se origina en características biológicas objetivas, va mucho más allá de esas particularidades fisiológicas de los dos sexos en cuanto a los roles que les corresponden.

Es decir, las diferencias de género son construcciones sociales, inculcadas sobre la base de percepciones particulares de una sociedad específica de las diferencias físicas y las asumidas cultural y socialmente. Ellas, a diferencia de las características inmutables de sexo, son identificadas en los análisis sociales históricos como factores variantes, que se transforman con el tiempo y cambian de una cultura a otra, dependiendo de los cambios que ocurren en las sociedades.

Al respecto identifica Boscán (2011) dos etapas en la historia de la mujer:

- **La primera de la participación social activa.** En ella, que ocurre en el período primitivo, se produjeron relevantes aportes de las mujeres al proceso de hominización. De esa forma constituyeron una práctica cotidiana en la que la inventiva femenina condujo a crear, empíricamente, las bases materiales de la cultura, que favorecieron incluso a los hombres.

- **La segunda (hasta mediados del siglo XX).** Ella marcada por la injusticia y la desigualdad donde se condicionó la libertad de acción y deliberación de la mujer por la concepción cultural androgénica que define por siglos en forma negativa la existencia de las mujeres. Esta segunda y larga etapa de la historia se enmarca sujeta a una antropología filosófica y ontología discriminadora que define la realidad humana femenina, además apoyada en una epistemología parcializada en su visión masculina del mundo.

El Género Limitante. Adicionalmente, la creación epistémica desde la época de Grecia fue llevada exclusivamente como una empresa que competía a un ser racional, el hombre, que era el único que se consideraba capaz de descubrir la causa de las cosas y, en consecuencia, dar una explicación lógica de las mismas.

Lo que plantea esta realidad es que la mujer estaba ubicada en el lado de los seres pensantes limitados, no inteligentes, además de estar políticamente sujeta a un sistema que le impedía participar en la cultura construida por los hombres.

Continúa explicando Boscán (2011) que en el siglo XVI los filósofos comenzaron a desarrollar disertaciones gnoseológicas que permitieron fundamentar un conocimiento firme y seguro, que desembocó, con Bacon y Descartes, en la búsqueda de un método científico universal, que únicamente podía ser desarrollado por aquellos que tenían libre acceso al cultivo de la filosofía, que eran los hombres.

El Género y el Trabajo. Adicional a los aspectos intelectuales, se debe considerar lo que respecta al trabajo, y en ese punto se debe destacar que en la mayoría de las sociedades se diferencian diversas actividades y responsabilidades del hogar por sexo: para las mujeres, la producción y la reproducción son dos actividades interrelacionadas y gran parte del trabajo que las mujeres hacen, que aunque es productivo, no es remunerado; mientras que para los hombres se les ha reservado un papel nulo o menor en el trabajo doméstico, eso porque las sociedades asumen que han cumplido su función con un trabajo remunerado fuera del hogar.

La discriminación contra las mujeres en las oportunidades de trabajo tiene un impacto en los empleos y puestos de trabajo, la carrera profesional y la promoción profesional en diversas actividades, incluso en el ámbito de la prestación de salud. Aunque en los últimos años, las mujeres han aumentado su participación en el mercado laboral, pero muchas seguirán trabajando en empleos menos prestigiosos, donde se les paga menos y tienen menos oportunidades para su desarrollo.

Vale destacar que las mujeres se enfrentan a una serie de desventajas en su accionar en el mercado laboral, y además de hacer frente a los prejuicios sexistas, deben conciliar las funciones paralelas de ama de casa y generadoras de dinero. Esto afecta a menudo su situación laboral, la duración y la estructura de su jornada laboral y su nivel salarial.

El Género y la Salud. Respecto a la mujer y la salud se destaca que, biológicamente, los hombres y las mujeres tienen diferentes necesidades de salud, pero los estilos de vida y las funciones asignadas por la sociedad derivados de patrones sociales y culturales también juegan un papel importante en el panorama de la salud. Los hombres son más propensos a ser víctimas de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, el tabaquismo, el alcohol y otras formas de abuso de sustancias. Mientras que los riesgos para la salud de las mujeres, están vinculados principalmente a su capacidad reproductora.

En la atención de salud para las mujeres se ha producido una oleada de interés en campos como la planificación familiar, los servicios de salud preparto y durante su desarrollo, complementados con la atención materno-infantil.

En otro sentido, es necesario prevenir y evitar el sesgo de género en la actividad de prestación de salud, lo cual es una buena razón para la inclusión de la perspectiva de género en la medicina, así como ocurre en las perspectivas con respecto a la clase social, la etnia y la edad.

El autor de este ensayo opina que, sin embargo, en los intentos de introducir las cuestiones de género en la medicina clínica, la investigación médica y los planes de estudio de la medicina, se experimentan dificultades y resistencia. Por ejemplo, en la investigación médica y la educación, el término "género" se utiliza a menudo erróneamente como sinónimo de sexo biológico, a veces el término de sexo se sustituye por género, y se utiliza como una variable incluso en experimentos con animales. Esa falta de interés en las cuestiones de género se ha presentado en estudiantes, así como en la facultad. En esos casos las cuestiones de género se consideraron subjetivas y poco científicas.

El Paradigma Biomédico. Se admite que el ser humano existe integrado de forma interdependiente al medio en el que vive, pero sin desconocer aspectos importantes del Paradigma Biomédico o Método Clínico, aunque tomando una posición más realista y actual que ese modelo debe integrarse a una visión más amplia y holística de la salud.

Se puede destacar que al examinar el marco biomédico en contraste con otros paradigmas de investigación se encuentra que, la investigación básica y aplicada se realiza en el marco biomédico, ya que es el paradigma dominante en la medicina. Los investigadores utilizan el método hipotético-cuantitativo, con raíces epistemológicas en el positivismo y el empirismo lógico.

El conocimiento se define como hechos que pueden ser verificados y se busca la explicación y demostración de los fenómenos.

Estos métodos biomédicos tradicionales han sido, y son, muy exitosos en la producción de conocimientos médicos útiles, pero no son adecuados para todos los tipos de investigación médica. Por ejemplo, a menudo no cuentan con los estudios de los datos "blandos" tales como las experiencias de los pacientes o la interacción médico-

paciente, que son elementos importantes de la medicina clínica. Tampoco pueden ayudar a los investigadores a descubrir, interpretar y comprender el carácter y significado de los fenómenos sociales, como la renuencia a considerar las cuestiones de género en la medicina.

CONCLUSIONES

El autor apoya la visión de la salud como un fin natural en la vida, como contenedor y promotor de la dignidad humana, como bien común que debe cuidarla, mantenerla y posibilitar la integridad humana en la atención, en el cual debe integrarse la perspectiva de género.

De forma similar, bajo el punto de vista del investigador, se deduce que hay un derecho a la vida digna y a la salud. Ellas son inseparables y esenciales para el bienestar del ciudadano y la comunidad, aunque no cabe duda que muchas personas en el mundo entero no reciban atención médica adecuada, condición desfavorable para garantizar una vida digna y que en muchas situaciones las mujeres se encuentren en posiciones de mayor vulnerabilidad por su condición de género.

El autor interpreta que tanto los (as) representantes de la biomedicina y de los (as) de la perspectiva de género no sólo compiten por la fama, la estima y recursos; hay un conflicto más amplio donde la biomedicina a menudo reclama el derecho de definir el campo y preservar los privilegios de género, incluso al redefinir el género como sinónimo de sexo biológico es una forma de ejercer esos derechos, desafortunadamente, esas reclamaciones limitan la racionalidad científica de la medicina.

Por lo cual planteo, a manera de colofón, puntuales reflexiones relativas a este ensayo Sujeto de Estudio del Trinomio Salud-Sociedad-Atención Primaria en la Salud Pública con perspectiva de género en Venezuela la cual se orienta en la contra lectura de la sexualidad desde el género, lo cual debe sensibilizar al ser humano-hombre en la sociedad, a un nivel de apreciación tal que se logra ver lo que antes era invisible, debido a la construcción sociocultural machista en la cual convivimos.

Entre estas reflexiones se distingue la comprensión de que el (la) paciente es mucho más que un sistema de 'sistemas y órganos' anfitriones de la enfermedad, la indisposición y el sufrimiento, además de ser blanco primordial de la acción terapéutica. Es decir, el (la) paciente es un ser humano, variable en su realidad sexual y de género, complejo (a), digno (a), no predecible por ser diverso (a) en sus pensamientos, emociones y actuaciones, con capacidad de activar el lenguaje y con la facultad de sufrir y a él (ella) debe enfocarse la acción del sistema público de salud.

Otro aspecto resaltante es el relativo al reconocimiento que los modelos de atención médica y de salud existentes durante los últimos siglos se caracterizan, en general, por

promover una deshumanización gradual de la atención a la salud y la negación de la perspectiva de género.

En este sentido cabe puntualizar que desde el Renacimiento el paradigma de atención a la salud (paradigma despersonalizante) se caracteriza por haber sido anatomoclínico, fisis-etio-anatomo-patológico con el efecto reconocible de su poder despersonalizador y deshumanizador al paciente, e incluso afecta a los familiares, médicos (as) y personal auxiliar.

Lo opuesto es el establecimiento y puesta en vigencia de un paradigma antropológico y antropocéntrico, es decir impregnado de dignidad al ser humano, al paciente.

A manera de epílogo se pueden mencionar los siguientes aspectos:

- La investigación ha puesto de manifiesto el sesgo de género en muchas áreas de la medicina clínica y académica.
- Para evitar ese sesgo es necesario considerar una perspectiva de género en la medicina.
- Al introducir las cuestiones de género en el mundo de la medicina se encontrarán resistencias y dificultades, productos de la usual resistencia al cambio.
- El marco biomédico sustenta las estructuras y jerarquías de la ciencia médica, lo que, lamentablemente, puede contribuir a actitudes negativas a las cuestiones de género y a la perspectiva de género en la sociedad médica.
- El aumento del pluralismo científico en la ciencia médica puede ayudar a prevenir el sesgo de género en la medicina.

Por tanto, estas realidades exigen urgentemente un análisis de género de la atención a la salud, esto se refiere a un estudio sistemático de cómo y por qué las enfermedades afectan a las mujeres y hombres de manera diferente. También tiene en cuenta cómo los factores de clase social, la raza, la educación y otros factores socio-culturales interactúan con el género para producir un impacto discriminatorio sobre los hombres y la salud de las mujeres. En el análisis de género es crucial distinguir entre causas biológicas y explicaciones sociales para los diferenciales de salud entre hombres y mujeres, y entender que estos espacios son los resultados de las relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres, y no sólo debido a las consecuencias de la biología. El análisis de género también informará con precisión en el diagnóstico, tratamiento y prevención, al mismo tiempo, se va a transformar el sesgo biomédico y de género actualmente incrustado en la educación y la práctica médica, así como en la investigación, con el fin de servir mejor a las necesidades de salud de las mujeres y de la sociedad en general.

A pesar de estos hechos, las necesidades de salud de las mujeres se consideran a menudo restringidas sólo a la reproducción. El sesgo de género se refleja claramente, de modo que, dentro de la medicina, la salud de la mujer es relegada únicamente a la

obstetricia y la ginecología; y dentro de la salud pública, se espera que las necesidades de salud de todas las mujeres que deben cumplir los programas de salud materno-infantil. Esto se debe a que las mujeres son principalmente vistas como madres y esposas, en lugar de los seres humanos que tienen necesidades de salud: la salud femenina no es sólo la función reproductiva de la mujer.

REFERENCIAS

- Boscán, L. (2007) *El Feminismo como Movimiento de Liberación de Mujeres y de Varones*. Maracaibo: Universidad del Zulia.
- Boscán, L. (2011). *Perspectivas epistemológicas y metodológicas de la investigación feminista*. Opción, Año 27, No. 65 (2011): 160 – 182.
- Boscán, L. (2012). Comprensión de la masculinidad para implementar políticas más eficaces contra la violencia hacia las mujeres. *Revista venezolana de estudios de la mujer* - julio - diciembre 2012. Vol. 17/nº39. Pp. 175-186.
- Moreno, Z. (2001). *Modelo de la Atención Integral de la Salud de las Mujeres Una propuesta para su construcción*. Elaborado por: Comisión Técnica Interinstitucional. Redacción: Zully Moreno Chacón, Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva. Caja Costarricense de Seguro Social.
- Roa, R. (2006). *Proceso Salud y Enfermedad: Crisis del Paradigma Biomédico Atención Primaria y Medicina Familiar*. Tomo 1. 2006. p. 5.
Disponible: http://www.smu.org.uy/crep/material/saludyenfermedad_paradigmasycrisis.pdf (Acceso 20/01/2016)."
- Salazar, C. (2008). *El sujeto no es un objeto de investigación*. XV Jornadas de Investigación. Cuarto encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Problemáticas actuales. Aportes de la investigación en Psicología. Buenos Aires, 7, 8 y 9 de agosto de 2008.
- Saldaña, I, (2015). *Médica de Familia del CS San Cristóbal*. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia Comunitaria. 8 de marzo Día de las Mujeres: caminando hacia la igualdad. Disponible: <https://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/>. (Acceso 20/01/2016)
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra*. Maternidad y tecnología. Madrid: Siglo XXI.
- Tubert, S. (2009). *Psicoanálisis, estudios feministas y género. Masculino/Femenino; Maternidad/Paternidad Espacios Temáticos*. Disponible: <http://www.psicomundo.com/foros/genero/tubert.htm>. (Acceso 20/01/2016)
- Tubert, S. (2010). *Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres*. Cuadernos de Psicología | 2010, Vol. 12, No 2, 161-174.

Acerca del autor

Villarreal Hernández, Jesús Argenis. Médico Cirujano UC. Especialista en Obstetricia y Ginecología UC. Magíster en Gerencia Avanzada en Educación UC. Doctor en Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad UC. Docente Asociado Tiempo Completo de la Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina.